Lane Medical Library

Ueber

Haematocele retrouterina

in Zusammenhang mit den Ovarialerkrankungen.

Inaugural-Dissertation

vorgelegt

der hohen medicinischen Facultät

der

UNIVERSITÄT ZÜRICH

von

Fr. Wilhelm Dock

aus Ittenheim (Elsass).

Arzt auf der « Untern Waid » bei St. Gallen.

Genehmigt auf Antrag von Prof. Frankenhäuser.

ZÜRICH.

Druck von J. Schabelitz.

1876.

Ueber

Haematocele retrouterina

in Zusammenhang mit den Ovarialerkrankungen.

Inaugural-Dissertation

vorgelegt

der hohen medicinischen Facultät

der

UNIVERSITÄT ZÜRICH

von

Fr. Wilhelm Dock

aus Ittenheim (Elsass).

Arzt auf der « Untern Waid » bei St. Gallen.

Genehmigt auf Antrag von Prof. Frankenhäuser.

ZÜRICH.

Druck von J. Schabelitz.

1876.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/ueberhaematocele0000wilh

Seinem hochverehrten Lehrer

Herrn Prof. Dr. Frankenhäuser

aus Dankbarkeit

gewidmet

vom Verfasser.

Inhaltsverzeichniss.

	Seite
Einleitung	VII
I. Historisches	1
II. Ueber den Begriff und den Sitz der Hæmatocele	3
III. Pathogenese und Aetiologie	6
IV. Pathologische Anatomie	22
V. Diagnose	37
VI. Differential-Diagnose	41
VII. Symptomatologie	57
VIII. Prognose und Therapie	67
XI. Krankengeschichten	73

Einleitung.

Durch mehrere Fälle von extraperitonealen Blutergüssen, die Hr. Prof. Frankenhäuser in der Züricher Klinik und in der Privatpraxis beobachtete und secirte, und deren Publikation er veranlasste (Dissertation von Dr. J. Kuhn « Ueber Blutergüsse in die breiten Mutterbänder und in das den Uterus umgebende Bindegewebe s. Hæmatoma periuterinum »), ist der langdauernde Streit über den Ausgangspunkt und den Sitz der inneren Genitalblutungen ausserhalb des Wochenbettes zum Abschluss gebracht worden. Von nun an müssen wir einerseits eine Haematocele intraperitonealis retrouterina im Sinne Nélaton's d. h. ein im Douglas'schen Raum gelegenes, durch secundäre Peritonitis abgekapseltes und von den Sexualorganen geliefertes Blutextravasat, und andererseits ein Haematoma extraperitoneale s. periuterinum, nach dem Vorschlage Kuhn's, annehmen. Zur genauern Unterscheidung beider soll vorliegende Arbeit einen weitern Beitrag liefern, besonders aber soll dieselbe das wesentlichste ætiologische Moment der Hæmatocele, die Ovarialerkrankungen, hervorheben.

Im Allgemeinen werden denselben in der Gynækologie und speciell in der Aetiologie der Hæmatocele eine zu beschränkte Wichtigkeit zugestanden, die Häufigkeit derselben überhaupt geleugnet. Uns hat es dagegen geschienen, als ob solche Ovarialerkrankungen bei weitem die gewöhnlichste Ursache der Hæmatocele seien und wir wollen dies in nachfolgender Arbeit nachzuweisen suchen. Hrn. Prof. Dr. Frankenhäuser, welcher mich bei derselben durch seine werthvollen Rathschläge auf's Bereitwilligste unterstützte, spreche ich bei dieser Gelegenheit meinen innigsten Dank aus.

Historisches.

Die erste und nähere Kenntniss der Beckenblutgeschwulst verdanken wir den Franzosen; doch, nach einigen Stellen des Buches der Epidemien zu schliessen, scheint schon Hippokrates diese Krankheit beobachtet zu haben. Ich citire bloss folgenden dem fünften Buch der Epidemien (Lilienhain I. p. 261) entnommenen Passus. « Die Frau eines Gärtners in Helis litt an einem anhaltenden Fieber; die Arzneimittel, welche sie dagegen nahm, blieben ohne Erfolg. Im Unterleibe, unterhalb des Nabels, sass etwas Hartes, welches über die andern Theile hervorragte und der Kranken heftige Schmerzen verursachte. Nachdem dieselbe mit eingeölten Händen stark gedrückt und erweicht worden war, entleerte die Kranke sehr viel Blut durch den After, erlangte ihre Gesundheit wieder und blieb am Leben. »

Auch bei Galenus findet man eine Stelle, die man auf die Hæmatocele beziehen kann.

Von Galenus an ist lange keine Spur mehr von unserer Krankheit zu finden, erst im siebzehnten Jahrhundert wird dieselbe wieder, obschon sehr vorübergehend, erwähnt. So sah Ruysch 1691 bei Verschluss des Cervix uteri Blut aus der Uterinhöhle durch die tuba Fallopii in die Bauchhöhle treten, und in den Actis medicis Berol. vom Jahre 1720 wird eine durch Ruptur der rechten Tuba Fallopii bedingte Beckenblutgeschwulst citirt.[1])

[1]) Siehe Küchenmeister: Ueber Hæmatocele periuterina. Prager Vierteljahrschrift 1870.

Im Jahre 1810 veröffentlichte Pelletan[1]) einen Fall von intraperitonealem Bluterguss in Folge von Ruptur einer Varicocele des Ovariums, welcher aber, sowie auch ähnliche Beobachtungen, nur wenig berücksichtigt wurde; hat doch Laugier noch im Jahr 1833, im Dictionnaire de médecine, die Frage der Beckenblutergüsse kurz mit folgenden Worten abgefertigt: « Die Beckenhöhle kann der Sitz von verschiedenartigen Tumoren sein . . . . . Bald sind es mehr weniger voluminöse Cysten . . . ., bald auch Blutgeschwülste (tumeurs sanguines), wie Récamier eine solche beobachtet hat. » Von Rechtswegen beginnt also die Geschichte der Hæmatocele mit Récamier, welcher im Jahr 1841 in der Revue médicale einen Aufsatz über die « tumeurs fluctuantes du petit bassin » veröffentlichte. Nach Récamier waren es Velpeau[2]) und Bernutz,[3]) welche ähnliche Fälle beobachteten und beschrieben.

Es ward aber Nélaton vorbehalten, im Jahr 1850 die Lehre von der Hæmatocele retrouterina, wie er die Beckenblutgeschwulst nannte, neu zu begründen und Licht in die Sache zu bringen.

Seit Nélaton's Arbeit[4]) wurde von Seiten der französischen Aerzte der Hæmatocele grosse Aufmerksamkeit gewidmet und in rascher Reihenfolge erschienen gediegene Monographien wie diejenigen von Viguès, Voisin, Prost, Fénerly und Engelhardt.

Tardieu, Trousseau, Puech, Bernutz, Richet und sein Schüler Devalz lieferten ebenfalls wichtige Arbeiten über die Hæmatocele und stellten verschiedene Theorien über die Entstehung derselben auf.

---

[1]) Clinique chirurgicale. Paris 1810. t. II. p. 106.

[2]) Velpeau: Recherches anatomiques sur les Cavités closes Paris 1843.

[3]) Bernutz: Archives génér. de médecine 1848.

[4]) Loco cit.

In Deutschland waren Herzfelder, Credé und Breslau die ersten, welche Fälle von Hæmatocele beobachteten und veröffentlichten.

Scanzoni beschrieb dieselbe erst im Jahr 1857 in seinen « Krankheiten der weiblichen Sexualorgane ».

In England thaten West und Andere das Gleiche.

So wuchs nach und nach die Literatur über diese Frage zu einer recht beträchtlichen heran; an dieser Stelle mag es genügen, unter andern noch die Arbeiten von Breslau, Ott, Schroeder und insbesondere die neuern von Krieger, Olshausen, Küchenmeister und Kuhn hervorzuheben.

Ueber den Begriff und den Sitz der Hæmatocele.

Nélaton hatte in seinen « Conférences » von 1850 und 1851 folgende Definition der Hæmatocele gegeben: « sie ist ein Tumor, der durch einen mit der Ovulation in Zusammenhang stehenden Bluterguss zu Stande kommt, seinen Sitz nur in dem vom Peritonäum umkleideten Theile des Douglas'schen Raumes hat und durch eine adhäsive Peritonitis secundär abgekapselt ist. »

Nélaton nahm also nur eine Hæmatocele intraperitonealis retrouterina an. Schon im Jahr 1850 wurde die Nélaton'sche Theorie von Viguès angegriffen,[1]) welcher der Hæmatocele einen extraperitonealen Sitz zuschrieb. Im Jahr 1851 trat dann Huguier[2]) mit der Lehre auf: die Hæmatocele sei bald ein intra-, bald ein extraperitonealer Bluterguss und hauptsächlich um diese Frage drehte sich nun der ganze Streit.

[1]) Viguès: Thèse. Paris 1850.

[2]) Huguier: Bulletin de la Société de Chirurgie 1851.

So entstanden allmählig über die Hæmatocele verschiedene Anschauungen und Definitionen, von denen ich hier einige citire:

Voisin[1]) nahm, wie Nélaton, nur eine aus menstrualen Störungen hervorgegangene, eingekapselte, intraperitoneale, retrouterine Hæmatocele an; die Ergüsse zwischen die Blätter der ligamenta lata sind nach Voisin nicht hieher zu zählen, sondern als Thromben zu bezeichnen. Im Weitern unterscheidet Voisin zwei Formen der Hæmatocele retrouterina:

a) die einfache, bei der das ergossene Blut in toto resorbirt wird, und
b) die complicirte, bei welcher das Blut sich zersetzt und sich meist einen Weg nach aussen bahnt.

Die nicht encystirten Hämorrhagien theilt Voisin in active und passive.

Trousseau[2]) unterschied eine Hæmatocele intra- und extraperitonealis, und, in ætiologischer Hinsicht, eine ovarialis, tubaria und catamenialis.

Puech[3]) nimmt eine extra- und intraperitoneale Hæmatocele an, die er je nach dem Sitz als retro-, pro- und laterouterina bezeichnet und welche in Folge einer Læsion eines oder mehrerer zur Gebärmutter gehörigen Organe entsteht.

Gallard[4]) theilt die Hæmatocelen, die nach ihm intra- oder extraperitoneal sich befinden können, in spontane, in Folge gestörter Funktionen der Geschlechtsorgane, und in chirurgische, in Folge eines Trauma oder eines mechanischen Hindernisses entstandene.

[1]) Voisin: De l'hématocèle retro-utérine. Paris 1860.
[2]) Trousseau: Gazette des hôpitaux, juin 1858.
[3]) Puech: Journal de Bruxelles XXXI, p. 44. 1860.
[4]) Gallard: Arch. génér. 1860.

Braun[1]) gibt der Hæmatocele die allgemeine Bezeichnung: « extrauterina » und versteht darunter eine Extravasation des Blutes in der Umgebung des Uterus, eine Einschliessung desselben in einen Cystensack und eine dadurch bedingte Bildung eines grössern oder kleinern Tumors, der sich im hintern oder seitlichen, manchmal auch im vordern laquear herabdrängt und unter bestimmten Erscheinungen auftritt.

Hegar bezeichnet alle Blutergüsse im weiblichen Beckenraum mit dem Namen:

« Hæmatocele periuterina ».

Von der extraperitonealen Hæmatocele sagt er: Hiebei wird durch den Bluterguss das Peritonäum emporgehoben, in seinen Blättern auseinandergedrängt und vom Uterus losgerissen. Zersprengt das Blut die Bauchfellplatte, so wird die Hæmatocele eine intraperitoneale.

Virchow[2]) nimmt bloss eine intraperitoneale Hæmatocele an und zwar in Form der Pelviperitonitis hæmorrhagica. Nach ihm beruht die Diagnose extraperitonealer Blutergüsse darauf, dass schichtenweis angeordnete Pseudomembranen mit Bauchfellmembranen verwechselt wurden.

Schroeder[3]) hält sich im Wesentlichen an die Nélaton'sche Definition und gibt die Möglichkeit des Vorkommens einer extraperitonealen Hæmatocele zu, aber ein ganz sicher constatirter Fall ausserhalb des Wochenbetts liege bis jetzt in der gesammten Literatur noch nicht vor.

Ott,[4]) der Gelegenheit hatte, eine subperitoneale Blutgeschwulst im Wochenbett zu constatiren, nimmt eine intraperitoneale, eine subperitoneale und eine interstitielle s. retrovaginale Hæmatocele an.

[1]) Braun: Wiener medic. Wochenschrift 1861.
[2]) Virchow: die krankhaften Geschwülste, p. 159.
[3]) Schröder: Kritische Untersuchungen.
[4]) Ott: Die periuterinen und retrovag. Blutergüsse.

Küchenmeister versteht unter der Hæmatocele Blutergüsse in die Bauch-Beckenhöhle, welche abgekapselt sind und aus einem den Geschlechtsorganen zugehörigen Gefässe geliefert werden. Nach diesem Autor gibt es intra- und extrapelviperitoneale Hæmatocelen.

Aus dem Gesagten geht hervor, dass die Nélaton'sche Auffassung zunächst vielfache Modificationen zu erleiden hatte, dass bald eine ziemliche Verwirrung in den Ansichten sich geltend machte und dass die Existenz der extraperitonealen Blutergüsse zuletzt von Vielen ganz bezweifelt wurde. Ja im Allgemeinen nehmen gerade jetzt die meisten Gynækologen nur eine intraperitoneale Hæmatocele an, und man darf sich darüber nicht wundern, denn alle Sectionen haben bis jetzt nur den intraperitonealen Sitz erwiesen; dorthin erfolgt auch der Bluterguss für gewöhnlich.

Durch die Arbeiten von Huguier, Breslau, Ott, Betschler und Andere war die Frage nicht abgeschlossen worden; erst als Hr. Prof. Frankenhäuser durch zwei Sectionen auch die extraperitoneale Blutung nachwies, konnte der Streit als erledigt angesehen werden.

Pathogenese und Aetiologie.

Ueber die Häufigkeit des Vorkommens der Hæmatocele sind die Meinungen noch ziemlich auseinandergehend. Während in Frankreich diese Krankheit häufig sein soll, behaupten viele Beobachter anderer Länder, dass die Beckenblutergüsse ein verhältnissmässig seltenes Vorkommniss sind. So will z. B. Scanzoni[1]) in seiner 28-jährigen Praxis nur 8 Fälle gesehen haben, eine An-

[1]) Lehrbuch der weiblichen Sexualorgane.

gabe, von der Olshausen[1]) sagt: « er würde sie glaubwürdiger finden, wenn Scanzoni 200 gesagt hätte. » Dieser Olshausen'sche Ausspruch ist nun wohl als Hyperbel aufzufassen, denn die Zahl der Hæmatocelen ist sicher keine so bedeutende, wie manche Autoren behaupten, und überdies hängt die Zahl der Fälle, die ein Arzt zur Untersuchung bekommt, gewiss viel von dem Publikum ab, mit welchem er zu thun hat; so liefert die arbeitende Klasse, die sich, insbesondere während der Menstruation keine Ruhe gönnen kann, wie Weber[2]) statistisch hervorhebt, ein stärkeres Contingent als die wohlhabendere Klasse; nach Weber kommen mehr als die Hälfte aller Fälle von Hæmatocele bei den schwer arbeitenden Frauen vor. Scanzoni steht aber nicht allein mit seinem Ausspruch. Auch Hugenberger[3]) hat unter 597 im Petersburger Hospital behandelten Frauen nur 2, und unter 3204 ausserhalb des Hospitals behandelten gynækologischen Fällen keine einzige Hæmatocele gesehen; Credé unter 293 Kranken (1857—1859) und Spiegelberg unter 363 keine Hæmatocele; während Seyfert[4]) unter 1272 Fällen in 4 Jahren 66 Hæmatocelen (5 %) und Olshausen unter 1914 Fällen 63 (3,2 %), Weber 2 % zu Gesicht bekommen hatten. Hr. Prof. Frankenhäuser fand im Züricher Spital, wo allerdings nur ernstliche gynækologische Leiden aufgenommen werden, in 2½ Jahren unter 320 Fällen 10 Hæmatocelen (fast 3 %).

Die Differenz zwischen den verschiedenen Angaben ist also sehr gross; welche Zahl die richtigere sei, ist nach dem vorliegenden Materiale desshalb schwer zu ent-

[1]) Archiv für Gynæk. I. 1875 p. 473.

[2]) Beitrag zur retrout. Hæmatoc. Berl. Klin. Wochenschrift 1873 p. 6.

[3]) Bericht aus dem Petersb. Hebammeninst. 1863.

[4]) Wiener Spital-Zeitg. 1863 Nrn. 35—45.

scheiden, weil die Angaben aus Spitälern, wohin fast nur schwere Krankheitsfälle kommen, keine zuverlässigen Frequenzzahlen geben. Allerdings scheint das Factum, dass Aerzte, welche viele weibliche Sectionen gemacht, wenig Hæmatocelen oder Residuen derselben gesehen haben, für die Seltenheit der Krankheit zu sprechen; Dr. Tüngel in Hamburg z. B. hat bei 3000 Leichen nur 1 Hæmatocele angetroffen. Dagegen lässt sich aber einwenden, dass die Geschwülste leicht resorbirt werden und überdies in einer Zeit des Lebens vorkommen, wo der Tod an die Frauen selten herantritt. Immerhin bleibt, bei so weit auseinandergehenden Angaben, der Verdacht gerechtfertigt, dass mitunter ein peritonitisches Exsudat im Douglas'schen Raum für eine Hæmatocele genommen, oder in umgekehrter Richtung ein Irrthum begangen worden.

Dass das Frequenzverhältniss der Hæmatocele, welche nach der Statistik von öffentlichen Krankenhäusern festgestellt wurde, nicht das richtige ist, ergibt der Vergleich mit der Privatpraxis eines und desselben Dirigenten. So hatte Hr. Prof. Frankenhäuser im Spital, wie vorhin gesagt, auf 320 Patientinnen 10 Hæmatocelen = 3 % oder 1 Hæmatocele auf 32 andere Erkrankungen; in der Privatpraxis hatte er 18 Hæmatocelen auf 3180 gynækologische Fälle, also 1 : 177 = 0,56 %.

Was das Alter betrifft, so stimmen fast alle Beobachter darin überein, dass die Krankheit zwischen den 20—30 Jahren am häufigsten vorkommt, d. h. in einer Zeit, wo erstens die Geschlechtsfunktionen in lebhafter Thätigkeit sind, und wo gleichzeitig an die Frau, an körperlichen Leistungen, die höchsten Anforderungen gestellt werden. So hat z. B. Voisin constatirt, dass unter 34 Fällen 20 Mal die Hæmatocele zwischen 25—38 Jahren (im Mittel also im 30sten Jahre) auftrat.

Unter den 18 in der Privatpraxis von Herrn Prof.

Frankenhäuser beobachteten Fällen war das durchschnittliche Alter ebenfalls 30 Jahre, nämlich

1 Fall unter 20 Jahren (19 J.)
4 Fälle zwischen 20—30 Jahren
12 » » 30—40 »
1 Fall über 40 Jahre (42 Jahre).

In den 14 von uns gesammelten Fällen trat die Krankheit auf:

7 Mal zwischen 20—30 Jahren
5 » » 30—40 »
2 » über 40 (je 41) Jahre.

Im Mittel also ebenfalls 30 Jahre.

Olshausen[1]) kommt zu einem etwas abweichenden Resultat; unter seinen 18 Fällen befinden sich nur 8 Frauen im Alter von 21—31 Jahren, eine Frau im Alter von 21—31 Jahren, eine im Alter von 37 Jahren und 9 von 40—47. Hienach scheint es, so schliesst Olshausen, als wenn die climacterische Periode keinen unerheblichen Einfluss auf die Hæmatocele ausübte.

Wenn wir von diesen Angaben Olshausen's zunächst absehen, so unterscheidet sich die Hæmatocele von dem Hæmatoma periuterinum in der Zeit des Auftretens wesentlich, denn letzteres kommt nach Kuhn[2]) meist in dem Alter zwischen 30—45 Jahren vor, d. h. in der Zeit, wo die Conceptionsfähigkeit zu ihrer Neige geht.

Uebrigens wollen wir bei den zu statistischen Zwecken doch immerhin kleinen Zahlen kein allzuhohes Gewicht auf diese Angaben legen, um so weniger als auch wir Fälle in den, den climacterischen nahen Jahren zu beobachten Gelegenheit hatten. Es liegt ohnedies nahe anzunehmen, dass in einer Zeit, in welcher die Gefässe so

[1]) Arch. f. Gynæk. III.

[2]) Loc. cit. p. 84.

lätabel sind, dass sie nicht selten Hæmorrhagien veranlassen, auch interne Blutungen aus denselben hervorgehen können.

Ueber die specielle Pathogenese der Hæmatocele bestehen, wie wir oben schon mittheilten, noch manchfache Differenzen,

Schon im Jahr 1848, bevor die Hæmatocele von Nélaton ihren Namen bekommen, hatte Bernutz[1]) ihre Entstehung auf den Verschluss des Collum uteri, die Accumulation des Katamenialblutes in der Gebärmutterhöhle und seinen Rückfluss durch die Tuben in das Peritoneum des kleinen Beckens zurückgeführt. Nélaton[2]) hingegen brachte die Entstehung der Hæmatocele mit der Follikelruptur in Verbindung. Richet[3]) hielt die Hæmatocele für das Product des Blutausflusses aus einer rupturirten varicösen Vene des Genitalapparates. Trousseau[4]), alle vor ihm ausgesprochenen Meinungen verwerfend, sah in der Hæmatocele ein von der Tubarschleimhaut geliefertes Product der Katamenien, während Viguès[5]) und Gallard[6]) dieselbe auf Extrauterinschwangerschaft zurückführten. Fügen wir noch die Virchow'sche Theorie hinzu, welche die Hæmatocele als eine Pelviperitonitis hæmorrhagica auffasst, so haben wir die Hauptansichten über die Entstehung unserer Krankheit angeführt.

Während aber von den frühern Autoren ein jeder die Hæmatocele auf ein einziges ætiologisches Moment bezog, hat ein genaueres Studium gezeigt, dass die Krankheit in verschiedener Weise entsteht. Vor allen andern

[1]) Arch. génér. de médecine 1848.
[2]) Gazette des hôpit. 1854. p. 573.
[3]) Anat. chir. p. 735.
[4]) Gazette des hôpit. 1858. Nr. 72.
[5]) Thèse. Paris 1850.
[6]) Thèse. Paris 1855.

hat aber eine Entstehungsweise, als die am häufigsten zutreffende, die meisten Stimmen auf sich vereinigt; es ist folgende.: Die Haematocele ist hauptsächlich ein Product der Ruptur eines Graaf'schen Follikels bei einem erhöhten Congestionszustand der Ovarien, oder bei einer vorausgegangenen oder noch bestehenden Erkrankung derselben.

Es kann demnach eine ungewöhnlich starke menstruelle Congestion bei gesunden Ovarien oder die gewöhnliche, bei pathologischen Zuständen derselben die Hæmatocele erzeugen. Die übermässige active Congestion lässt sich nun aber nicht wohl durch Sectionen nachweisen, zumal nicht wenn sie zu Gefässruptur geführt hat, höchstens könnte das Nichtvorhandensein pathologischer Veränderungen für sie sprechen. Sie kann nur während des Lebens erschlossen werden; leichter aber wird die Ovarialerkrankung durch Section constatirt werden. In der That weisen die Leichenbefunde, wie aus Schröder's[1]) und unserer Zusammenstellung hervorgeht, vor Allem auf die erkrankten Ovarien als Quelle der Blutung hin.

« Dass die Erkrankungen der Ovarien sehr häufig mit der Hæmatocele verbunden sind », sagt Ferber[2]), « dafür sprechen die Mehrzahl der Sectionen », und Olshausen[3]): « Die Leichenbefunde beweisen, dass die Ovarien oft das sämmtliche Blut der Hæmatocele liefern, indem man eine Communication des Hæmatocelensacks mit einer bluthaltenden Ovariencyste fand, was jedenfalls für eine stattgehabte übermässige Congestion zu den Ovarien spricht ». Bei allen Sectionen fand man bemerkenswerthe Veränderungen,

[1]) Krit. Untersuch. 1866.
[2]) Schmidt's Jahrb. 1867 IV. 135 p. 321.
[3]) Prager Viertelj. 107, p. 64.

oft vollständige Desorganisation, Berstung der Ovarien oder der zuführenden Blutgefässe, Ruptur grösserer oder kleinerer Blutcysten u. s. w. Aber nicht nur die Befunde am Leichentische, sondern auch diejenigen intra vitam erlauben die Aufstellung des Satzes:

Aus den Ovarien erfolgt am häufigsten die Blutung bei der Haematocele.

Von den 9 Fällen, welche Hr. Prof. Frankenhäuser mir gütigst zur Bearbeitung meines Thema's überliess, waren 5 mit chronischer Ovarialschwellung complicirt, und in seiner Privatpraxis hat Hr. Prof. Frankenhäuser eine ganze Anzahl von Hæmatocelen bei Frauen beobachtet, die er früher an Oophoritis und Schwellung der Ovarien behandelte und die ihm später wieder mit Beckenbluterguss zur Untersuchung kamen. Es waren meist Frauen, die steril blieben oder die an heftigen ovariellen Dysmenorrhoen litten. Dennoch finden wir in der uns zu Gebote stehenden Casuistik nur dürftige Angaben über den Zustand der Ovarien, dagegen oft viel theoretisches Raisonnement. Entschieden wird der wirkliche Nachweis vorausgegangener Ovarialerkrankungen oft vernachlässigt, sonst müssten die Untersuchungen intra vitam gewiss häufiger erkrankte Ovarien ergeben.

Die Erkrankungen des Eierstockes sind nicht mehr so schwer wie früher zu diagnosticiren; auch sind sie nicht so selten, wie Manche glauben. Derjenige Arzt, welcher viel mit kranken Frauen zu thun hat, weiss im Gegentheil, dass die Oophoritiden nicht gerade so selten sind. Und sind wir auch nicht der Meinung Slavjansky's,[1]) der sagt: «Bis in die letzte Zeit hatte man die feste Ueberzeugung, dass die Entzündung des Eierstocks eine seltene und zugleich meistentheils im Puerperium vorkommende

[1]) Arch. f. Gynæk. Bd. 3.

Krankheit sei; diese Meinung ist im Ganzen richtig für die interstitielle Form der Oophoritis; was aber die Oophoritis parenchymatosa betrifft, so sind wir berechtigt, sie zu den oft vorkommenden Krankheiten der weiblichen Sexualorgane zu rechnen, » (denn Slavjansky hat jedenfalls einfache Rückbildungsvorgänge in den Ovarien für Oophoritiden genommen), so kann man doch häufig beträchtliche ödematöse Schwellung und Schmerzhaftigkeit der Ovarien tasten und dieselben zurückgehen sehen; die Ovarien sind dabei deutlich vergrössert, meist weich, aber auch wohl durch übergrosse Follikel höckerig; sie sind nicht bloss bei Druck empfindlich, sondern auch das Gehen ist beschwerlich, der Coïtus oft enorm schmerzhaft, die Regel ist meist abundant und ebenfalls meist mit Schmerzen verbunden. Diese Befunde kommen natürlich selten zur pathologisch-anatomischen Verification, denn sie sind vorübergehend und sehr selten entwickelt sich daraus eine suppurative Folliculitis, die grössere Gefahren, auch wohl den Tod herbeiführen kann. Hr. Prof. Frankenhäuser machte eine solche Section bei einem Mädchen von 13 Jahren, das zum ersten Mal die Regel hatte.

Diese Ovarialschwellungen, weiter aber auch die ersten Stadien der cystösen Entartung, die, wie wir glauben, ebenfalls nicht selten (wie bei der Struma) unter zweckmässiger Behandlung sich zurückbilden, sind die häufigsten Veranlassungen zur Bildung der Hæmatocele. Als ein Beweis dafür mögen folgende Daten dienen. Von den 18 Fällen von Hæmatocele, die Hr. Prof. Frankenhäuser in seiner Privatpraxis beobachtete, kamen 12 bei Frauen vor, die nachgewiesene Ovarialschwellung zeigten, desshalb meist steril geblieben waren und oft an heftiger Dysmenorrhoe litten; bei 3 Fällen war keine bestimmte Ursache nachzuweisen; in weiteren 3 handelte es sich wahrscheinlich um eine abortive Bauchschwangerschaft. Unter

den in der Anstalt beobachteten Fällen waren 5, bei denen Ovarialerkrankungen bestanden. Selbstverständlich lässt sich der Nachweis vorausgegangener Ovarialerkrankungen am besten in der Privatpraxis erbringen. Bei Frauen, deren Gesundheitszustände den Aerzten länger bekannt sind, die öfters untersucht worden, weil sie etwa steril blieben, kommt gar häufig später eine Hæmatocele zur Entwicklung. Wir wollen nun nicht behaupten, dass die Erkrankung an sich die Hæmatocele veranlasst, sondern die menstruelle Congestion muss hinzukommen. Wir sahen sie nur zur Zeit der Menstruation, meist in den letzten Tagen derselben entstehen; aber dass sie bei einer Erkrankung des Ovariums ausreicht, um eine Hæmatocele zu veranlassen, davon sind wir überzeugt und dafür sprechen einige unserer Fälle. (Siehe später.) Es ist darum nicht nöthig, dass die Congestion als besonders stark angenommen werden muss. Die Hæmatocele entwickelt sich demnach

I. in Folge übermässiger ovarieller activer Congestion während der Menstruation bei gesunden Ovarien.

Schon Nélaton führte die Entstehung der Hæmatocele auf die Ovulation zurück, desgleichen Laugier[1]). Auch Priestley[2]) bringt die retrouterine Hæmatocele in Verbindung mit den Ovarien, nach ihm veranlassen gesunde Ovarien die Menstruation; durch übermässige Congestion erkrankt die Menorrhagie. Früher glaubte man, die physiologische Ruptur eines Graaf'schen Follikels sei von einer Blutung begleitet, welche schon durch sich selbst eine Hæmatocele erzeugen könne. Trousseau[3]) aber behauptete: die Innenfläche des Follikels liefere im Augen-

[1]) Compte rendu de l'Acad. des Sciences. 1855.
[2]) Med. Tim. and Gaz. Ap. 18. Mai 2. 1863.
[3]) Gaz. des hôpit. 1858.

blick der spontanen Ovulation keine oder nur sehr geringe Spuren von Blut, und diese Ansicht scheint in einer Beobachtung Tüngel's[4]) ihre Bestätigung gefunden zu haben. Tüngel hatte nämlich Gelegenheit, ein frisches Corpus luteum mit kaum geschlossener Oeffnung zu sehen, die Tuben endigten in der Nähe des Uterus blind; es fanden sich aber weder in den Tuben noch in der Beckenhöhle Spuren von Blutextravasaten. Allgemein ist desshalb jetzt die Annahme geltend, dass der gewöhnliche normale Ovulationsact zur Hæmatocelenbildung nicht hinreichend ist; pathologische Umstände müssen den physiologischen Process begleiten, die Congestion muss ungewöhnlich stark sein, wenn sie die zur Hæmatocele nothwendige Blutmenge liefern soll. Unserer Ansicht nach ist die Steigerung der menstruellen Congestion mitunter, wenn auch nicht gerade häufig, der Grund der Hæmatocele; dafür spricht, dass:

1) In der Mehrzahl der Fälle wirklich die Hæmatocele im Anschluss an die Menstruation meist als eine hochgradige, oder eine mehr oder weniger lang anhaltende Metrorhagie entsteht. Sicher ist, dass in dem noch nicht genau bekannten Menstruationsprocess eine starke active Congestion, eine Steigerung des Blutdruckes stattfindet, die sich nicht selten durch Extravasate an verschiedenen Körperstellen manifestirt; wird nun durch gewisse Nebenumstände der Druck im Gefässsystem verstärkt, findet während derselben eine erhöhte Herzaction oder eine starke periphere Reizung durch forcirten Coïtus, Ueberanstrengung, Fusstouren, Erkältung, Fall u. s. w. statt, so kann ein stärkeres Gefäss rupturiren, oder aus einem kleinern eine stärkere Blutung erfolgen und so aus der Follikelwunde eine Hæmatocele ihren Ursprung nehmen. Auch noch in

[4]) Fritsch: Die retrouter. Hæmatocele. Klin. Vorträge.

anderer Weise kann eine verstärkte Congestion zur Hæmatocele Veranlassung geben. Es können unter derselben tiefer gelegene Follikel rasch anschwellen, können eine dickere überliegende Gewebschicht rupturiren und grössere Gefässe verletzen, die dann bedeutend bluten. Ueber den schädlichen Einfluss der eben genannten Ursachen, besonders aber des Coïtus während der Menstruation, wie auch eines rohen und häufig ausgeübten Beischlafes, ausserhalb der Katamenalperiode, sind fast alle Autoren einig. Zahlreiche derartige Fälle dienen hier zum Beleg; so führt Voisin unter 36 Fällen diese Ursache 7 Mal an. Pelegrino Salvolini[1]) will ein Recidiv nach einem Coïtus beobachtet haben, ebenso Scanzoni.[2]) Puech[3]) berichtet von einer Puella publica, welche sich ein Recidiv von Hæmatocele mit Tod zugezogen hatte. Krieger[4]) führt einen Fall an, wo vermuthlich eine menstruelle Hæmorrhagie vom linken Ovarium aus in die Bauchfellhöhle stattfand und zwar in Folge des kurz vor Eintritt der Periode stattgehabten stürmischen Coïtus, und einen zweiten Fall, wo kurz nach Eintritt der Menses der Coïtus vollzogen worden.

Was Menstruation und Coïtus betrifft, verhielten sich unsere Fälle folgendermassen. Bei 7 (Fall IV, VI, VII, VIII, IX, X, XI) waren die Patientinnen meist stark beim Entstehen der Hæmatocele menstruirt, bei Fall III entstand die Blutgeschwulst gleich nach den Menses, bei Fall XII, 10 Tage nach derselben. Bei Fall II (Puella publica, an rechtseitiger Oophoritis leidend) hatten die Menses schon ein Jahr cessirt, waren dann wieder schwach auf-

[1]) Gaz. sard. 1875. 34.
[2]) Krankh. d. weibl. Geschlechtsorg. 474.
[3]) Schmidt's Jahrb. 1862. 115.
[4]) „ „ 1870. 145.

getreten, und circa 4 Wochen später entstand die Hæmatocele post excessum in venere zur Zeit, wo die Periode hätte eintreten sollen. In einem andern Fall (Privatpraxis von Hrn. Prof. Frankenhäuser) entstand bei einer ältern verheiratheten Frau plötzlich, unter heftigen Schmerzen, eine Hæmatocele sofort nach dem Beischlaf, der unmittelbar nach der Regel ausgeführt wurde.

Was die Entstehung der Hæmatocele in Folge von Ueberanstrengung, Strapazen während der Menstruation betrifft, so sind derartige Fälle sehr zahlreich in der Literatur verzeichnet; bei unsern Fällen VII und X lag ebenfalls Ueberanstrengung während der Menses vor.

Zu den activen Congestionen zählen ebenfalls die Gemüthsbewegungen, sowie die Erkältungen während der Menstruation; so ist in unserm Fall IV die Hæmatocele in Folge einer Erkältung bei bestehender Oophoritis entstanden, ebenso im zweiten Fall von Hrn. Prof. Frankenhäuser: Nasswerden bei einem Marsche.

II. Die Hæmatocele entwickelt sich bei kranken Ovarien in Folge der gewöhnlichen menstruellen Congestion.

Die hier in Frage kommenden Erkrankungen des Ovariums sind:

1) die einfache ödematöse Schwellung, die häufig bei Frauen vorkommt, die an chronischer Metritis und an venösen Stasen der inneren Genitalien leiden. Retroflexionen compliciren dieselben ebenfalls häufig. Diese ödematösen Schwellungen, bei denen vielleicht auch ein mehr plastisches, eiweisshaltiges Exsudat in die Ovarien gesetzt wird, vergrössern die Ovarien, machen sie desshalb schwerer, sie sinken etwas in den Douglas'schen Raum, sie werden, zumal gegen die Zeit der Regel hin, noch mehr vergrössert, und dann oft ungewöhnlich schmerzhaft. Die Follikel sind dabei etwas grösser als gewöhnlich, zeigen einen geringen

Grad von Hydrops und die Gefässe sind meist wohl nur venös hyperämisch.

2) Die Follikel sind sehr bedeutend vergrössert, es entwickeln sich aus denselben kleine Cysten, die das Stroma des Eierstockes schliesslich comprimiren und reduciren. Bei der Menstruation erfolgen in viele dieser kleinen Cysten Extravasate, ohne dass dieselben zur Ruptur kommen müssen, sondern in vielen Fällen schrumpfen sie mit Nachlass der Congestion und werden schliesslich als kleine, harte, mitunter selbst verkalkte Knötchen im Eierstock nachgewiesen; es gibt Ovarien, die durchsetzt sind mit solchen verschieden metamorphosirten Follikeln.

3) Es bilden sich wirkliche Cysten, auch colloïde Cysten, deren Wände dicke Gefässe tragen, deren Gewebe aber im Ganzen morsch und brüchig ist. Wir haben hier Uebergänge von dem einfachen Follikelhydrops zu den verschiedenen Formen der colloïden Entartung.

4) Auch andere pathologische Entartungen des Ovariums, papillomatöse, sarcomatöse, carcinomatöse, kommen hin und wieder wohl in Betracht.

Diese Erkrankungsformen bilden den Ausgangspunkt der Hæmatocelenentwickelung.

1) Die einfache ödematöse Schwellung macht das Gewebe des Eierstocks brüchig, verändert vielleicht auch die Gefässwände; in Folge davon rupturiren bei der menstruellen Congestion leicht grössere Gefässe, die dann eine Hæmatocele hervorrufen. Die hiebei in Betracht kommenden Kranken haben schon vorher an Menorrhagie, Dysmenorrhöen gelitten, sind oft schon wegen grosser Empfindlichkeit der Ovarien untersucht worden; plötzlich tritt, ohne dass irgend eine besondere Ursache noch eingewirkt hätte, oft sogar bei einer nicht starken Menstruation, die ungewöhnlich früh zu sistiren pflegt, die Hæmatocele auf.

2) Eine bedeutende Entwicklung der Follikel kann vor

Allem durch oft wiederholte Congestionen, die nicht zur menstruellen Blutung führten, sondern nur zu einer bedeutenden schleimigen Ausscheidung Veranlassung gaben, zu Stande kommen. Sie werden demnach öfter beobachtet bei etwas spät menstruirten jungen Personen, bei denen häufig einige Zeichen der Menstruation eintraten, bei denen es aber nicht zur Blutung kam. Die erste Menstruation führt dann mitunter auch gleich zur Hæmatocelenbildung, oder man beobachtet sie bei Frauen, bei denen der Coïtus sehr häufig ausgeübt wird (Sterile, Puellae publicae) und bei denen es nicht zur Schwangerschaft kömmt. Der psychische oder der periphere Reiz unterhält hier (wie er eine Steifung des Penis hervorruft) eine active Hyperämie, die es zwar nicht zur Follikelruptur bringt, aber doch zu einer Vergrösserung derselben; die hinzutretende menstruelle Congestion rupturirt dann schliesslich einen solchen mit erweiterten, oft varicösen Venen versehenen Follikel (wie Durchschnitte des Ovariums es ergeben) und veranlasst eine starke Blutung aus der Follikelwunde in die Bauchhöhle. Solche Fälle wurden öfters von Hrn. Prof. Frankenhäuser beobachtet; das Ovarium ist dann vergrössert, höckerig aber weich, an einzelnen Stellen kann man deutlich den vergrösserten Follikel fühlen, natürlich ist die Diagnose zwischen einer beginnenden colloïden Entartung und einer einfachen follikulären Erweiterung nicht mit Sicherheit für den Moment zu stellen. Im Allgemeinen aber wird man wohl nicht fehlgehen, wenn man berücksichtigt, dass das Ovarium bei einer Neubildung gewöhnlich nicht empfindlich ist, dass die Dysmenorrhoe dabei oft fehlt, und ein solcher Tumor rasch wächst. Es treten auch nicht selten entzündliche Erscheinungen hinzu, es bildet sich eine echte Follikulitis selbst mit Abscedirung (siehe Fall I). Bei den Sectionen findet man dann, wofür die pathologische Anatomie eine ganze Reihe von Beispielen bringt, zunächst ein bedeutendes Coa-

gulum in einem grössern Follikel, der rupturirt ist und durch dessen Riss dasselbe in Zusammenhang steht mit dem Bluterguss in dem Douglas'schen Raum.

3) Colloïde Neubildungen geben während der Menstruation meist nur Entstehung zur Hæmatocele, wenn die Geschwülste noch nicht sehr gross sind, noch kein bedeutendes Gefässsystem enthalten, so dass die Menstruation noch von Einfluss auf die Füllung der Gefässe ist und Rupturen zu erzeugen vermag. In vielen Fällen kann der kleine Ovarialtumor von der Hæmatocele, in andern auch nach der Rückbildung desselben nachgewiesen werden. Die Blutung erfolgt auch hier meist in die Höhle einer Cyste, die besonders dünnwandige Gefässe, vielleicht mit fettig degenerirten Wandungen, zeigt. Beispiele der Art finden sich ebenfalls in der pathologischen Anatomie. Grosse Geschwülste sind dagegen sehr selten von Hæmatocelen begleitet.

4) Die andern Neubildungen geben wohl nur Veranlassung zu peritonealen Blutungen, wenn ihre Gefässe sehr dünnwandig sind; wir haben keine Erfahrungen darüber.

Nach unserer Ueberzeugung kommt wohl fast in $^3/_4$ der Fälle die Erkrankung der Ovarien als ätiologisches Moment bei der Entstehung der Hæmatocele in Betracht; Hr. Prof. Frankenhäuser beobachtete sie unter 27 Fällen von Hæmatocele 16 Mal; viel seltener veranlasst sie die verstärkte active Congestion allein, und och seltener:

III. Die abortive Bauchschwangerschaft.

Für die Entstehung einer Hæmatocele durch eine solche ist zwar der Sectionsnachweis nicht mit Bestimmtheit geliefert, wenn gleich Gallard, Viguès und Andere einige derartige Angaben machen. Dennoch kommen Fälle vor, wo diese Entstehungsweise sehr wahrscheinlich ist.

Dann sind das Fälle, bei denen die Menstruation 6 bis 8 Wochen ausblieb, verschiedene Schwangerschaftszeichen

sich einstellten, die oft selbst die Frauen zu der Annahme einer bestimmten Schwangerschaft brachten, in welchen dann unter sonst nie beobachteten Schmerzen eine menstruelle Blutung auftrat, unter welcher sich die Hæmatocele bildete und wobei es mitunter selbst zur Ausscheidung einer Decidua kommt. Leicht kann man einen solchen Fall für einen gewöhnlichen Abortus nehmen. Hr. Prof. Frankenhäuser punktirte zwei unter derartigen Erscheinungen entstandene Tumoren im Douglas'schen Raum und entleerte reines Blut, in welchem sich allerdings nichts vom Ei fand, aber eine sehr rasche Rückbildung erzielt wurde. Solche Fälle werden besonders bei Frauen beobachtet, die bisher steril waren. Wie bekannt, entwickeln sich auch mitunter Hæmatocelen nach dem Bersten einer Tubenschwangerschaft.

IV. Ueber den Einfluss der passiven Hyperämie auf die Bildung der Hæmatocele haben wir keine Erfahrung, und scheint dieser Vorgang ein sehr seltener, vielleicht sogar eine theoretische Anschauung; am ehesten möchten dazu noch Varicositäten des Plexus pampiniformis Veranlassung geben.

V. Auch über die Pelviperitonitis und über ihren Zusammenhang mit der Hæmatocelenbildung können sichere Daten von uns nicht erbracht werden. Nur einen Fall könnten wir vielleicht hierher rechnen; es entstand nämlich bei demselben von einem Tag zum andern eine Geschwulst im Douglas'schen Raum nach einer Lädirung des Uterus, welche eine Adhärenz desselben mit der hintern Beckenwand ergeben hatte.

Dass bei der Entstehung der Hæmatocele häufig eine Erkrankung der Ovarien vorliegt, beweisen unsere Krankengeschichten. Wie schon angegeben, litten 5 von unsern 9 Fällen (Klinik von Hrn. Prof. Frankenhäuser) entschieden an Oophoritis:

Fall I, II, III, IV, VII und bei zwei andern, Fall V, VI waren die Ovarien als wallnussgrosse Tumoren deutlich zu fühlen.

Einige nähere Details über unsere Fälle mögen hier am Platze sein.

Fall I. *Chronische Oophoritis,* Condylomata lata, fluor albus, Dysmenorrhoe, rechtseitige Ovarialcyste vom Rectum aus punktirt, Auftreten der Hæmatocele in Folge von Erkältung und Ueberanstrengung. (Siehe den Verlauf der Hæmatocele mit den Complicationen in der Krankengeschichte.)

Fall II. *Chronische Oophoritis,* Syphilis, Dysmenorrhoe, Auftreten der Hæmatocele post excessum in venere.

Fall III. *Chronische Oophoritis,* Dysmenorrhoe, Entstehen der Hæmatocele am 6. Tage nach Eintritt der Menses.

Fall IV. Spuren von chronischer *Oophoritis:* ziemlich profuse und schmerzhafte Menstruation, Entstehung der Hæmatocele nach einer Erkältung während den Menses.

Fall V. Die *Ovarien* als zwei wallnussgrosse Tumoren fühlbar; früher ein Typhus mit Recidiv und drei Aborten überstanden. Nach dem 3. Abortus trat die Hæmatocele schleichend auf.

Fall VI. Das rechte Ovarium war deutlich fühlbar; die Hæmatocele trat mit den Menses auf.

Fall VII. *Chronische Oophoritis.* Entstehung der Hæmatocele während der Periode in Folge von Ueberanstrengung. Dieser Fall ist höchst interessant wegen der, einer Hæmatocele ähnlich, akut auftretenden Oophoritis, und in zweiter Linie wegen der, circa 20 Tage nach der Oophoritis, entstandenen Hæmatocele. Beide Erkrankungen gingen in Heilung über; die Hæmatocele rascher als die Oophoritis.

Fall VIII keine Oophoritis, hingegen profuse Menstruation und Dysmenorrhoe.

Fall IX—XIV. Nichts Besonderes.

Pathologische Anatomie.

Wir sind zwar nicht in der Lage, pathologisch-anatomische Beiträge liefern zu können, denn keiner unserer Fälle ist zur Section gekommen, wohl aber können wir für einige Beobachtungen den Nachweis liefern, dass noch nicht geronnenes Blut den im Douglas'schen Raum liegenden Tumor bildete. Einige der ersten Kranken, die Hr. Prof. Frankenhäuser zur Behandlung bekam, punktirte derselbe, theils zur Sicherung der Diagnose, theils zu therapeutischen Zwecken, denn die Therapie stand in dem Anfang der sechziger Jahre noch nicht so fest wie heute. Es wurde in 4 Fällen, zur Zeit da die Tumoren gar nicht mehr deutlich fluctuirten, aber doch auch nicht sehr hart waren, zur Punktion geschritten. Immer floss reines, wenig oder gar nicht geronnenes Blut aus, niemals waren Exsudatmassen oder Eiter beigemischt. In einem Falle verschwand die sehr grosse Geschwulst nach der Punktion vom Scheidengewölbe aus vollständig, und bildete sich nicht wieder; in andern Fällen kam sie wieder oder blieb theilweise bestehen und wurde allmälig härter. Demnach wird es wahrscheinlich, dass im Anfang die Därme nur von dem äusserlich eine sehr dünne, geronnene Schichte zeigenden Blute in die Bauchhöhle hinaufgedrängt werden; sie verkleben nun sehr leicht miteinander; von einer bedeutenden exsudativen Peritonitis ist wohl Anfangs nicht die Rede, sondern die Därme verkleben immer durch das mit Lymphe gemischte gerinnende Blut, denn viele Tage lang scheint das Blut so flüssig zu bleiben, dass es sogar den Douglas'schen

Raum bei Lageveränderungen verlässt, dass es aus demselben herausgedrängt werden kann. Bei der Bildung einer Hæmatocele müssen wir demnach verschiedene Phasen unterscheiden. Erstens entsteht ein Bluterguss, der sich im Douglas'schen Raume, als die tiefste Stelle der Bauchhöhle, senkt, das Blut ist nicht geronnen, kann verdrängt oder verlagert werden; ein eigentlicher Tumor besteht noch nicht, erst wenn geringere Gerinnungserscheinungen auftreten, ist er deutlicher tastbar; die Blutung kann, wenn sie nicht aufhört, so bedeutend werden, dass der Tod eintritt, ehe es zur Abkapslung kommt.

2) Die Abkapslung beginnt, sobald die Blutung etwas sistirt, die peripheren Schichten derselben gerinnen in Berührung mit dem an fibrinoplastischen Elementen reichen Lymphsafte des Peritoneums, die Därme werden verdrängt und lagern sich über der mit einer sehr dünnen, geronnenen Blutschichte versehenen Blutmasse.

Es kann schliesslich wohl auch eine Peritonitis hinzukommen, und das entzündete Peritoneum liefert dann bedeutende Massen plastischer Exsudate, welche die Därme etc. miteinander so fest verkleben, dass das Blut in dicken Wänden zu liegen scheint und sich nun in einer Höhle befindet, welche hinten vom Rectum, vorn vom Uterus, unten und seitlich von der Plica Douglasii, oben von den untereinander verlötheten Därmen oder von, Rectum und Uterus, untereinander verbindenden Adhæsionen gebildet ist. Die Gestalt des so entstandenen Tumors hängt wesentlich von der Grösse des Blutergusses ab; derselbe kann bis über den Nabel hinaufreichen (unser Fall I) und seine vordere Wand wird dann nicht von den Därmen, sondern von dem Peritoneum der Bauchdecken gebildet, hinter denen das Coagulum unmittelbar liegt. Meist ist dasselbe nicht median gestellt, sondern es weicht mehr oder weniger von der Mittellinie ab.

3) In dieser Geschwulst gehen nach einiger Zeit ihres Bestandes Rückbildungsmetamorphosen vor sich. Mit der Resorption des Serums beginnt ein schichtenförmiger Ansatz von Fibrin an der Peripherie; die Wände des Tumors werden dabei härter, derselbe verkleinert sich. In dem Centrum der Höhle kommt es zur Bildung einer rostfarbenen syrupösen Flüssigkeit, die man mit Johannisbeergelée verglichen hat. In diesem Stadium, besonders wenn der entzündliche Process fortdauert, kann die Masse in Erweichung übergehen, und ein Durchbruch derselben in die Nachbarschaft, meist in's Rectum und in die Vagina, stattfinden, so dass eine Eiterung entsteht, oder aber das eingekapselte Blutcoagulum degenerirt fettig, wird resorbirt, und es bleibt schliesslich im Douglas'schen Raum ein strangartiges Gebilde als einziges Residuum der Hæmatocele; mitunter sieht man blosse Pigmentation. Dieser Rückbildungsprocess kommt aber nur in Monaten, oft in Jahren erst zu Stande.

Bei der Autopsie ist nun der Befund, nach Virchow, ein sehr verschiedener; bald findet man die innere Fläche der die Höhle abkapselnden Membranen zottig, rauh, schiefergrau gefärbt, oder eben und glatt, bald mit, bald ohne Adhæsionen, oder auch schmierige, bräunliche oder schwärzliche Anhäufungen, von den Componenten der Hæmatocele herrührend; auch der Inhalt der Höhle ist bald flüssig, bald coagulirt, bald ganz fest und verschiedenartig colorirt.

Manche Autoren sehen nun in der Peritonitis den ganzen Ausgangspunkt der Erkrankung.

Dass diese schon früher von Bright, Huguier, Dolbeau, Tardieu aufgestellte und von Virchow, Schröder und Andern warm befürwortete Entstehungsweise der Hæmatocele in Folge einer Entzündung der Beckenserosa einige Berechtigung hat, dafür sprechen nicht nur Sectionsbefunde, sondern hin und wieder auch die Erscheinungen intra vitam. Es treten nämlich Ent-

zündungszustände des Peritoneums auf, welche mit Neubildung von zahlreichen, die Beckenorgane unter einander verbindenden, gefässreichen Membranen und Lamellen einhergehen können, aus denen sich secundär Blut absondert, das sich wie bei der Hæmatocele im Douglas'schen Raume sammeln kann; auf diese Weise haben wir eine chronische Pelviperitonitis hämorrhagica analog der chronischen Pachymenyngitis.

Virchow sagt hierüber Folgendes[1]):

« Meiner Erfahrung nach handelt es sich bei der Hæmatocele immer um eine Anhäufung von hämorrhagischem Material in der Bauchhöhle selbst, wenngleich dasselbe nicht immer ganz offen liegt. Die Anhäufung selbst erklärt sich dadurch, dass alle möglichen Substanzen, welche überhaupt in der Bauchhöhle frei werden, also auch ausgetretenes Blut, sich nach den Gesetzen der Schwere in die Excavationen des Beckens herabsenken. Ausserdem ist es nicht selten, dass wenn in diesen Excavationen entzündliche Processe Platz greifen und in Folge derselben eine pathologische Vascularisation zu Stande kommt, lokale Hyperämien und Hämorrhagien entstehen, die sich von Zeit zu Zeit wiederholen und allmählig zu reichlichen Anhäufungen Veranlassung geben. In diesem letzteren Falle kann es geschehen, dass die Peritonitis retrouterina, ähnlich wie die Pachymenyngitis, Pseudomembranen erzeugt und dass das Extravasat, welches aus den Gefässen der Pseudomembran erfolgt, zwischen die Blätter derselben abgesetzt wird und so ein geschlossenes (encystirtes) Hæmatoma retrouterinum entsteht ». Und weiter fährt Virchow fort:

« Ich theile die Ansicht der meisten Schriftsteller nicht, wonach das ganze Extravasat aus dem Uterus, dem

[1]) Die krankhaften Geschwülste p. 150.

Eierstock oder den Tuben herstammen soll . . . ., sondern für gewöhnlich stammt meiner Ansicht nach das Blut ganz oder grossentheils aus den neu gebildeten Gefässen partiell peritonitischer Schichten der Excavationen. »

« Ein sehr schönes Beispiel einer solchen Pelviperitonitis hämorrhagica, sagt Schröder,[1]) gibt uns Credé in seinem ersten Fall; auch der zweite Fall ist dem ersten ganz ähnlich. » In unsern kurz angedeuteten Sectionsbefunden sind einige in ähnlichem Sinne aufzufassen, vielleicht ebenso unsere Fälle X und XIV.

Hier in Kurzem das Resultat der uns in der Literatur zugänglichen Sectionen, insofern die Ovarien dabei in Betracht kommen. Diese Zusammenstellung bestätigt unsern Satz, dass das Ovarium meistentheils der Ausgangspunkt der Hæmatocele ist, in der schlagendsten Weise. Zuerst kommen die Sectionsergebnisse der 8 Fälle, welche Schröder in seinen « Kritischen Untersuchungen » als positiv intra vitam et post mortem anerkannten Hæmatocelen gesammelt hat.

(Der Kürze wegen entnehme ich den Sectionen genau nur das auf die Ovarien sich Beziehende).

Fall I von H. Madge. Transactions of the obstetrical society of London, Vol III, 1862 S. 83 (Schröder: Krit. Unters. p. 17):

. . . . . An dem obern Theil des linken ligamentum latum ist eine Oeffnung mit stark gerissenen Rändern von der Grösse eines 4-Pfennigstückes, die an einer Seite mit dem Ueberzug des linken Ovarium, an der andern mit der dahinterliegenden obern Abtheilung der Hæmatocele communicirt. Dies ist augenscheinlich eine der Quellen der Blutung gewesen. Von dem linken Ovarium st nur ein kleiner Theil von gesundem aber hyperämischem

[1]) Kritische Untersuchungen p. 33.

Stroma übrig der übrige Inhalt des klein orangegrossen Ovarium besteht aus zwei durch eine dicke Pseudomembran getrennten Blutcysten, von denen die kleinere mit der Oeffnung im ligamentum latum, die grössere mit dem untern Theil der Hæmatocele communicirt.

Hier handelt es sich offenbar um eine Erkrankung der Ovarien, welche die Entstehung der Hæmatocele herbeigeführt hat; für eine Ovarialerkrankung intra vitam spricht in der Anamnese nur, dass Patientin nach ihren zwei ersten Geburten nicht mehr concipirte, sowie die ziemlich profuse Menstruation.

Fall II von Engelhardt (Thèse. Strassburg 1856. De l'hématocèle retroutérine).

. . . . . Indem man die Anhänge des Uterus von den Adhäsionen zu trennen sucht, kommt man links in eine Höhle mit dickem rahmigem, gelbem Eiter, der im linken Ovarium zu sitzen scheint; rechts findet man Spuren vom Ovarium. — Nach Engelhardt war die Quelle der Blutung nicht klar; jedenfalls waren aber die Ovarien erkrankt.

Fall III von Malgaigne (Viguès: Thèse. Paris 1850 p. 21). Von den Ovarien wird gar nicht gesprochen.

Fall IV von Créqui (Gaz. des hôpit. 1856. Nr. 29. S. 114):

« Linkes Ovarium schwärzlich; enthält einen kleinen Eiterherd. Im rechten Ovarium zwei kleine Blutherde, ein frischer, der durch dunkles Blut, und ein älterer, der durch geronnenes Fibrin gebildet wird; beide stehen mit der Hæmatocele in Verbindung. »

Höchst wahrscheinlich war hier das Ovarium Quelle der Blutung. Schröder nimmt das auch an.

Fall V von Heurtaux (Voisin: Thèse, p. 116, Obs. 41).

Die Section spricht nicht von den Ovarien; die Tuben aber stehen in Communication mit der Hæmatocele.

Fall VI von Säxinger (Seyfert'sche Klinik. Spitalzeitg. 1863).

« Das linke Ovarium war hühnereigross mit zum Theil unebener Fläche, grösstentheils aus geronnenem Blute bestehend, das Organ bröcklig, mürbe. »

Hier scheint das linke Ovarium die Hæmatocele erzeugt zu haben.

Fall VII von Mikschik (Verm. Abhandl. aus dem Gebiete der Heilkunde von einer Gesellschaft pract. Aerzte zu Petersburg. VIII Sammlung. Leipzig 1854).

Bei der Section findet man den Uterus vergrössert, zwischen Uterus und Rectum, einen enormen von Pseudomembranen umgebenen Sack.

Hier werden die Ovarien nicht erwähnt, als wären sie nicht mehr dagewesen.

Fall VIII von Müller (Ueber die Hæmatocele retrouterina. Dissertation. Leipzig 1862, p. 20):

« Im rechten ligamentum latum bemerkt man ein taubeneigrosses Blutgerinnsel und in dessen Nähe einen 3 Zoll langen Riss. Im linken Ovarium befinden sich zwei von einem gemeinschaftlichen Sack umschlossene Cysten. Beide Ovarien sind atrophisch, enthalten aber noch reife Eier. »

Das ligamentum latum war vermuthlich die Quelle der Blutung in diesem Falle:

Stellen wir diese 8 Fälle zusammen, so ergibt sich Folgendes:

Bei den Fällen I, IV, VI kam die Blutung aus den Ovarien.
Bei Fall V » » » aus den Tuben.
» » VIII » » » aus dem lig. lat.

Die Fälle II, III, VII sind als Pelviperitonitis hämorrhagica aufzufassen, sagt Schröder; mag sein; schliessen

wir also diese drei Fälle aus (den zweiten könnten wir, glaube ich, ganz getrost zu den 3 ersten zählen), so bleiben uns auf 5 Fälle 3, bei welchen die Ovarien mit grosser Wahrscheinlichkeit (um nicht zu sagen Sicherheit) die Quelle der Blutung waren.

Fall IX von Hülphers in der Hygiea (Band 16. S. 742. Schröder: Kr. Unters. p. 33).

Die Blutung soll von einem Graaf'schen Follikel ausgegangen sein.

Fall X von Denonvilliers (Gaz. des hôpit. 14. Juni 1851).

An der hintern Fläche eines Ovariums war eine offene Höhle, die noch Blutgerinnsel enthält.

Diese beiden letzten Fälle hat Schröder noch zu den 8 ersten gezählt, obschon die Untersuchung derselben bei Lebzeiten etwas mangelhaft war; der Sectionsbefund weist aber auf die Ovarien als Ursache der Blutung hin.

Fall XI von Martin-Magron und Soulié. (Gaz. des hôpit. 1861. Nr. 14, S. 53. Schröder 35).

Es handelt sich zwar hier um eine anteuterine Hæmatocele, aber nur als Theilerscheinung der retrouterinen (Schröder).

Das linke bandähnliche Ovarium enthält eine nussgrosse Blutcyste, das rechte ist breiig.

Fall XII von Prost (Thèse inaug. Paris 1854, p. 38).

Prost hielt zwar diesen Fall für einen extraperitonealen Bluttumor. Schröder sagt aber von demselben p. 39: « Wer wollte hier verkennen, dass der Tumor intraperitoneal und dass die für das Peritoneum gehaltene, über den Tumor hinweggehende Membran eine neu gebildete war. »

Bei der Section fanden sich zwei Ovariencysten, beide

mit dem Tumor communicirend, die eine durch einen fetzigen Riss, die andere durch einen engen Fistelgang.

Bei diesem Fall ist der Zusammenhang der Ovarien mit der Hæmatocele ein höchst klarer.

Fall XIII von Barnes (Transact. of the Obstet. Soc. of London. Vol. III, p. 101, und Beigel: Krankh. des weibl. Geschlechtes II, p. 128).

« Vom rechten Ovarium war keine Spur aufzufinden, es sei denn, dass eine glatte seröse Cyste, welche sich in die eigentliche Cyste hineinerstreckte, die Ueberbleibsel derselben darstellte. Dieser Stelle hing ein Blutklumpen fest an; hier schien die Quelle der Blutung gewesen zu sein. Man schloss daher, dass man es mit einem Falle zu thun hatte, in welchem das Ovarium erkrankt und geborsten war und wahrscheinlich in verschiedenen Zeiträumen Blut in den retrouterinen Sack ergossen hatte. »

Fall XIV.

In diesem von Barnes erwähnten Fall (Beigel II, p. 128) erwies sich ein carcinomatöses Ovarium als Quelle der Hämorrhagie.

Fall XV von West (Diseases of women p. 446 und Beigel II. p. 130).

Das eine Ovarium war nicht aufzufinden, während das andere eine Cystendegeneration nebst Bluteffusion darbot.

Fall XVI von Gallard (Leçons clin. sur les mal. des femmes, p. 655).

Der Bluttumor communicirte direct mit dem linken Ovarium, welches um's Doppelte vergrössert war und an dessen Oberfläche ein frisch eröffneter Graaf'scher Follikel sich befand.

Fall XVII von Pollard (The Lancet 1848 und Arch. génér. de médecine, sowie bei Gallard: Leçons clin. p. 682).

Hier handelt es sich vermuthlich um einen Fall von Hæmatocele 1) in Folge von Tubarschwangerschaft (Gallard) und 2) Apoplexie eines Ovariums, denn die Tube enthielt einen Riss und ein Blutcoagulum und in zweiter Linie war das apfelgrosse linke Ovarium hohl, zeigte einen Viertelzoll langen Riss, in dessen Lippen sich Blutgerinnsel fand und welches der Ausgangspunkt der Hämorrhagie gewesen.

Bernutz sah diesen Fall als eine Apoplexie des Ovariums, Gallard aber (wie er es so häufig that) als eine Extrauterinschwangerschaft.

Fall XVIII von Aitken (Edimburg med. Journal XV p. 104, Aug. 1869, und Ferber: Schmidt's Jahrbücher 1870, Nr. 145).

Eine chronische Pelviperitonitis, wo, nach Ferber, das linke Ovarium als Quelle der Blutung anzusehen ist. In der Blutmasse lag linkerseits eingebettet das etwa faustgrosse unregelmässig geformte Ovarium, angefüllt von einer gelblich eiterähnlichen Flüssigkeit; der rechte Eierstock war normal, doch um das Doppelte vergrössert.

Dieser Fall ist noch dadurch interessant, dass keine Abkapselung stattgefunden, trotzdem das Blut sich lange vorher in das Cav. Dougl. ergossen hatte; hier war also die Blutung das primäre (nach Nélaton) und nicht die Höhlenbildung (nach Virchow und Schröder).

Fall XIX von Vogt (Ferber, Schmidt's Jahrbüch. 1867. Nr. 135).

Man fand eine Cyste, welche das rechte degenerirte Ovarium zu sein schien, deutliche Spuren des normalen Gewebes zeigten sich nirgends. Beide Tuben am Ostium abdominale geschlossen. Das linke Ovarium enthielt ziemlich tief unter der Oberfläche ein nussgrosses frisches Corpus luteum. Nach Vogt handelte es sich hier um organische Veränderungen der Tuben und des rechten Eier-

stocks. Die Eierstockscyste füllte sich vermuthlich in Folge der starken menstrualen Congestionen allmälig mit Blut, dann barst dieselbe und entleerte ihren Inhalt in den Douglas'schen Raum. Dieser Fall spricht mit Entschiedenheit für die Annahme von Nélaton einer secundären Pelviperitonitis ex hæmorrhagia, welche Virchow bezweifelt (Ferber).

Fall XX von Braun (Wiener med. Wochenschrift XVI. 85. 86. 1866).

Im Centrum des rechten Ovariums eine wallnussgrosse, mit festen Wänden versehene und mit jauchiger Flüssigkeit erfüllte Höhle. Das Gewebe dieses Ovariums sehr weich, leicht zerreisslich. Rechtes Ovarium über hühnereigross, das linke Ovarium in weiche missfarbene Masse verwandelt.

In diesem Falle handelte es sich um eine gewöhnliche Pelviperitonitis mit serösem Exsudat und mit Cystendegeneration der Ovarien.

Falle XXI von Evans (Brit. med. Journal, Mai 4. 1867 p. 509 und Ferber, Schmidt's Jahrb. 1867, p. 333).

In die mit Blut angefüllte Höhle mündete jederseits der offene Pavillon der beiderseits durchgängigen, sehr erweiterten Muttertrompeten und bildete somit eine directe Communication mit dem Uterus.

Der rechte Eierstock communicirte mit der Blutgeschwulst durch eine strohhalmgrosse Oeffnung im Ligament. latum. Dieses Ovarium war völlig vereitert und zerstört. Das linke Ovarium, obgleich es nicht mit der Blutgeschwulst in Verbindung stand, war voll von kleinen, mit gelblicher Flüssigkeit gefüllten Cysten.

Dieser Fall spricht vermöge des Zusammenhangs zwischen Uterus und dem Blutherde durch die Tuben für die Ansicht Letenneur's, dass nämlich das retrouterine, in der Plica Douglasii angesammelte Blut durch die Tuben

in den Uterus nach aussen entleert werden könne. Leider sind die anamnestischen Daten und somit die Aetiologie nicht genügend berücksichtigt (Ferber); die Erkrankung der Ovarien aber ist sicher.

Fall XXII von Puech (Ferber, Schmidt's Jahrb. 1868, Nr. 115 p. 212).

Die linke Tube war stark dilatirt und mit dem Os abdominale an die linke Seite des Rectum angelöthet. Das rechte Ovarium sehr vergrössert, das Gewebe desselben zeigte Spuren von alten Ecchymosen und Blutgerinnseln. Die Pseudomembranen, welche die rechte Tube an das Ovarium derselben Seite anhefteten, waren schwärzlich gefärbt. Die Tube selbst, welche vom Beobachter als Quelle der Blutung angesehen wird, war in einer Ausdehnung von 3 Centimeter schwarz gefärbt, dilatirt und enthielt eine schwärzliche, mit Jauche gemischte Masse. Nach links hin sassen zwei kleine Cysten.

Sollten in diesem Falle wirklich die Tuben das Blut geliefert haben, so waren doch die Ovarien nicht normal.

Fall XXIII von Dr. Raichle (Ztschr. für Wundärzte und Geburtsk. XXI).

In dem Sectionsbefund sind die Ovarien gar nicht erwähnt.

Fall XXIV von Ferber (Schmidt's Jahrb. 1864, Nr. 123 p. 217.)

Ein Fall von Pelviperitonitis hæmorrhagica; nach Ferber kam die Blutung sicher aus den, von einem dichten Capillarnetze durchwobenen neugebildeten Membranen; das linke Ovarium war blasig erweitert, apfelgross mit hellem Serum angefüllt, an demselben zeigten sich auf der Oberfläche einige Depressionen mit ältern Pigmentflecken.

Rechtes Ovarium: glatt, etwas ausgedehnt, höckerig und blass.

Wenn auch hier das Ovarium nicht direct an der

Bildung der Blutgeschwulst betheiligt war, so war es doch erkrankt; dieser Fall bestätigt, was wir weiter oben sagten: « Auch diese Fälle sprechen nicht gegen den Zusammenhang der Hæmatocele mit den Ovarialerkrankungen, denn auch da sind meist die Ovarien erkrankt. »

Fall XXV von Olshausen (Archiv für Gynæk. I, p. 24).

Beide Ovarien sind verlagert. Das rechte, etwa 2 bis 3 Mal so gross als normal, besteht fast ganz aus einem schlaffen Sack mit einer Höhlung, in welcher ein altes Blutcoagulum sich befindet; das linke ebenfalls etwas vergrössert, zeigt mehrere kleine Hohlräume, theils mit heller, seröser Flüssigkeit, theils mit schmutzig sanguinolenter gefüllt. Vom Stroma nur wenig zu sehen.

Fall XXVI von Olshausen (Archiv für Gynæk. I, p. 24).

Ein sehr interessanter Fall von Atresia Vaginæ nach Typhus. Hæmatometra und Hæmatocele. Punktion — Tod durch Peritonitis. Rückstauung des Blutes durch die Tuben, bei der Section erwiesen. Auch in diesem Falle waren die Ovarien anormal; das linke Ovarium enthielt mehrere kleine Hohlräume mit blutigem Inhalte, es war in zahlreiche Adhæsionen eingehüllt und dem Uterus genähert. Das rechte Ovarium zeigte an seiner Oberfläche geringe Spuren dagewesener Peritonitis und enthielt keine Cysten.

Fall XXVII von Ott (Diss. inaug.: die periuter. und retrovag. Blutergüsse p. 39).

Das rechte Ovarium erscheint bedeutend vergrössert, gleicht einem fluctuirenden Sacke. Dieser enthält aber bloss Luft, hat innen völlig glatte, stellenweise schiefergrau gefärbte Wandungen und gehört augenscheinlich weder dem Ovarium noch der Tube an, sondern liegt zwischen denselben.

Quelle der Blutung: nicht klar; die Ovarien jedoch degenerirt).

Fall XXVIII von Scanzoni (Krankh. d. weibl. Sexualorg.).

Die Section ergab ein etwas vergrössertes rechtes Ovarium und an demselben einen etwa hühnereigrossen, mit geronnenem Blute gefüllten Sack, dessen nach hinten gekehrte Wand einen Riss von mehr als einem Zoll Länge darbot, durch welchen sich das Blut in einer Menge von etwa 6 Pfund in die Bauchhöhle ergossen hatte. Nach Scanzoni handelte es sich hier um einen Fall von Apoplexie des Ovariums.

In den 28 eben citirten Fällen von Hæmatocele waren bei 25 die Ovarien erkrankt (in 3 Fällen war der Zustand der Eierstöcke gar nicht angegeben, aber es lässt sich kaum denken, dass sie vollständig gesund waren); von diesen 28 Fällen wurden 6 als Pelviperitonitis hæmorrhagica angesehen, bei welchen aber die Ovarien ebenfalls erkrankt waren; in 3 Fällen schien die Blutung von den Tuben ausgehend, in einem von einer Extrauterinschwangerschaft (?), in einem von einer Atresia Vaginæ und Hæmatometra und in einem von dem Ligamentum latum. Ziehen wir alle diese Fälle ab, so bleiben uns auf 28 deren **13**, bei welchen das Blutextravasat, bei einigen Fällen ganz positiv, bei den andern höchst wahrscheinlich aus den Ovarien stammte.

Wie wir es also schon früher gesagt, beweisen in der That die Sectionsbefunde, dass zwischen Hæmatocele und Ovarialerkrankung in vielen Fällen ein inniger Zusammenhang besteht.

Diagnose.

Im Allgemeinen ist die Diagnose der Hæmatocele, besonders wenn man die Krankheit in ihrem Beginn beobachten kann, keine sehr schwierige; recht erschwert kann sie aber werden, wenn die Patienten erst spät in Behandlung kommen.

Eine sorgfältig aufgenommene Anamnese wird die Diagnose wesentlich erleichtern, doch muss man vorsichtig sein, sagt Schröder, weil eine ganz sichere Diagnose der Hæmatocele retrouterina vor der Punktion überhaupt nicht zu stellen ist, wie dies mancher Fall beweist.

Weitaus am wichtigsten ist der Nachweis des Bluttumors im Becken, welcher vielleicht während der Menses, nach vorausgegangenen Menstruationsstörungen, sowie nach gewissen andern Anomalien in der Genitalsphäre wie z. B. Oophoritis, Dismenorrhoe, Metritis, Sterilität u. s. w. entstanden ist, unter mehr weniger stürmischen Erscheinungen, wie akute Anaemie, Metrorrhagien, Schmerzen im ganzen Abdomen, Erbrechen, Singultus, Ohnmachten, kleiner Puls, bei normaler oder subnormaler Temperatur, selten unter leichten Fiebererscheinungen.

In solchen exquisiten Fällen wird der Praktiker nicht lange in der Feststellung der Diagnose im Zweifel sein; allenfalls kann er zwischen Hæmatocele und Hæmatoma periuterinum schwanken, aber auch über diese Klippe hinaus kommt man im Beginn der Erkrankung leichter. Mancherlei Anhaltspunkte für die Differenzialdiagnose giebt die Darstellung von Kuhn[1]). Auch mit einer akuten Peritonitis und einer Exsudatbildung im Douglas'schen Raum ist leicht Verwechslung möglich und wohl die meisten

[1]) Loc. cit. p. 98.

zweifelhaften Diagnosen drehen sich um diese Möglichkeit. Von grosser Wichtigkeit für die Leichtigkeit oder Schwierigkeit der Diagnose ist weiter die Grösse des Blutergusses oder Tumors; ist er sehr gross, so ist er leichter. Auch ob dieselbe sich in kurzer Zeit oder langsam entwickelt, hat für die Erkenntniss Bedeutung.

Hat man Gelegenheit, die Hæmatocele kurz nach ihrem Entstehen oder gar wie dies in zwei von unsern Beobachtungen (I und VII) der Fall war, während derselben zu untersuchen, so findet man bei der Palpation des Abdomens, wenn die Schmerzen dieselbe zulassen, einen gewissen Widerstand, der von einem weichen Körper herzurühren scheint; oft aber fehlt diese Resistenz und man findet nur ein etwas aufgetriebenes, überall gleichmässig schmerzhaftes Abdomen; ist der Bluterguss ziemlich voluminös, so ergibt sich vielleicht bei vorsichtiger Percussion des Abdomen eine Dämpfung; doch ist von den Bauchdecken aus der Tumor am Anfang nur selten genau zu bestimmen, weil er in den ersten Zeiten ziemlich frei im Beckenraum liegt.

Genauer sind die Ergebnisse einer Untersuchung per vaginam. Die Scheide ist oft heiss und trocken, die hintere Scheidenwand stark gespannt, nach vorn ausgebuchtet und so stark gegen die vordere Scheidenwand gedrückt, dass der untersuchende Finger ziemlich Mühe hat, bis zur Vaginalportion vorzudringen.

Im Douglas'schen Raum fühlt man, wenn die Blutgeschwulst noch frisch ist, eine Fluctuation, aber keinen bestimmten Tumor, nur eine teigige Resistenz; dieselbe verschwindet in der Knie-Ellenbogenlage, wie Hr. Prof. Frankenhäuser mehrfach constatiren konnte. Erst nach einigen Tagen gewinnt derselbe an Consistenz und man kann einen elastischen, teigigen, später immer härter und kleiner werdenden, schmerzhaften, prallen, platten oder

höckerigen Tumor fühlen; nur in seltenen Fällen bleibt der Tumor flüssig; oft ist derselbe an einer Stelle ziemlich resistent, an einer andern elastisch und an einer dritten zeigt er deutliche Fluctuation (Fall XIV). Wird die Geschwulst härter, so erscheint sie nach unten abgerundet, nicht so spitz wie eine Parametritis, nicht so rund, wie eine Extrauterinschwangerschaft.

Nélaton (Gaz. des hôpit. Nrs. 144, 145) empfiehlt die Untersuchung der Vagina mit dem Speculum, um dadurch die Färbung der Scheidenmucosa im Niveau des Tumors zu erkennen; in vielen Fällen ist die Vaginalschleimhaut so verdünnt, dass sie die Farbe der Cystenflüssigkeit durchscheinen lässt; in andern Fällen kann das Blut die Scheidenschleimhaut so infiltriren, dass dieselbe eine ecchymotische Färbung annimmt. Dieses Merkmal ist immerhin von sehr untergeordnetem Werthe, weil es auch bei andern Affectionen, wie z. B. bei den Ovarialtumoren, vorkommt.

Die Vaginalportion ist oft hypertrophisch und livid, in unserm Fall X war sie geschwollen und schmerzhaft.

Was den Uterus betrifft, so ist derselbe bald in die Höhe geschoben (und dies ist das häufigere Vorkommniss), bald aber auch nach unten gesenkt, immer aber findet eine beträchtliche Verschiebung nach vorn gegen die Symphyse statt, so dass man die vordere Uterinwand gelegentlich über der Symphyse palpiren kann, bisweilen auch findet eine geringe seitliche Verschiebung des Uterus statt: hie und da ist derselbe noch leicht beweglich, meist aber bildet er mit dem Tumor ein zusammenhängendes unbewegliches oder nur schwer bewegliches Ganzes. In 6 von unsern 14 Fällen ist angegeben, dass der Uterus nach unten gedrängt war; im Fall I trat der Uterus sammt dem Tumor während des Verlaufs der Hæmatocele immer tiefer in die Scheide herunter. Oft steht der Uterus so

tief, dass der Muttermund bloss 1 bis 2 Zoll (in unserm Fall I $1^1/_2$ Zoll) vom Scheideneingang entfernt ist. Nach der Zusammenstellung Schröder's[1]) war 14 Mal auf 28 der Uterus durch die Hæmatocele in die Höhe gedrängt, 5 Mal war er gesenkt, in 9 Fällen stand er deutlich nach rechts und nur 3 Mal nach links.

In einigen Fällen wurde der Uteruskörper verlängert gefunden; ob dies in Folge der Hæmatocele geschieht, ist noch nicht festgestellt; es ist dann nur denkbar bei einer sich langsam entwickelnden Blutgeschwulst.

Der Muttermund ist bisweilen geöffnet und aus demselben fliesst entweder Blut oder eine seröse Flüssigkeit.

Wesentlich gesichert wird die Diagnose durch die Untersuchung per rectum, welches meist stark comprimirt und schmerzhaft ist; noch besser ist die combinirte Untersuchung per vaginam et rectum, wodurch man Consistenz, Form und Volumen der Hæmatocele oft sehr genau taxiren kann. Der Tumor ist von verschiedener Grösse; oft ist er so klein, dass er kaum nachzuweisen ist, oft aber auch so gross, dass er nicht nur das Becken, sondern auch zum Theil das Abdomen ganz anfüllt, wie z. B. in unserm Fall I, bei welchem die Hæmatocele bis zum Nabel reichte.

Was die Lage des Tumors betrifft, so ist dieselbe eine wechselnde; auf 28 Fälle (nach Schröder) lag er nur zweimal median, einmal in beiden Fossæ iliacæ, in den übrigen Fällen lag er 13 Mal nach links und 6 Mal nach rechts.

Der Tumor adhärirt nicht an den Bauchdecken, sondern diese lassen sich auf ihm verschieben; oft entstehen bei der geringsten Bewegung der Patienten lebhafte, durch den Tumor im Abdomen erzeugte Schmerzen.

[1]) Loc. cit. p. 30.

Zur Feststellung der Diagnose wendet Hr. Prof. Frankenhäuser in frischen Fällen die Knieellenbogenlage an. Ist das Blut noch flüssig, so läuft es aus dem Douglas'schen Raum gegen die Bauchwandungen hin, um bei der Rückenlage wieder seinen alten Platz einzunehmen. Selbstverständlich wird dieses Verfahren bei ausgesprochenen schmerzhaften Bewegungen nicht angewandt.

Differential-Diagnose.

Die Hæmatocele retrouterina kann mit mehreren anderen Affectionen verwechselt werden, wie z. B. mit dem Hæmatom des breiten Mutterbandes, dem peritonitischen Exsudat, der chronischen Pelviperitonitis, der Parametritis, der Hæmatometra, der extrauterinen Schwangerschaft, der Retroflexio uteri, den Neoplasmen, der Oophoritis, der Chlorose und den Kothansammlungen im Rectum.

1) Differentialdiagnose zwischen Haematoma periuterinum und Haematocele.

Durch die Kuhn'sche, schon mehrmals citirte gediegene Arbeit: «Ueber die Blutergüsse in die breiten Mutterbänder» ist die Symptomatologie dieses Blutextravasats und die Differentialdiagnose zwischen Hæmatom und Hæmatocele vollständig festgestellt worden. Ich entnehme diesem Kapitel der Kuhn'schen Dissertation (pag. 98), indem ich auf dieselbe verweise, die wichtigsten differential-diagnostischen Merkmale der beiden so nahe verwandten Erkrankungen.

Bei dem Hæmatom findet man nicht, wie bei der Hæmatocele, einen in den ersten Stunden noch verschiebbaren Bluterguss, sondern von vornherein fühlt sich dasselbe, nach Kuhn, als ein ziemlich harter, straffer Tumor

an, dem seine natürlichen Grenzen gesetzt sind und der seinen Sitz je nach dem Ursprung links oder rechts, vorn oder hinten vom Uterus (oder diese Möglichkeiten combinirt) hat. Sehr charakteristisch sind, in zweiter Linie, die beim Hæmatom selten fehlenden, sehr heftigen, in Pausen auftretenden, wehenartigen Schmerzen, die bei Hæmatocele auch sehr heftig sein können, aber continuirlich sind.

Liegt der Tumor vor dem Uterus und drängt das vordere Scheidengewölbe herunter, und ist das hintere Scheidengewölbe ganz frei, so hat man es entschieden mit Hæmatoma anteuterinum und nicht mit Hæmatocele zu thun, denn eine Hæmatocele anteuterina kann sich primär in der seichten Excavatio anteuterina nie bilden, ohne dass der Douglas'sche Raum nicht vom Blute erfüllt wird, es wäre denn, dass der Uterus mit seiner ganzen hintern Wand nach hinten adhärent wäre. Aber auch in diesem Falle würde eine Hæmatocele nie das vordere Scheidengewölbe herunterdrängen wie ein Hæmatom. Weiter können diejenigen Fälle, in welchen auf einer Seite des Uterus ein Tumor sich bildet, der mit einer Brücke auf die andere Seite herüberragt, nur für Hæmatome und nicht für Hæmatocelen gehalten werden, natürlich immer vorausgesetzt, dass es sich um einen Bluterguss handelt. Diese Brücke, entweder vor, auch hinter dem Uterus, welche auch zwei zur Seite des Uterus gelegene Bluttumoren verbindet und deren Niveau nicht in gleicher Höhe, sondern niedriger steht, als dasjenige der mit einander verbundenen Geschwülste, ist eines der charakteristischsten Symptome für ein Hæmatom und spricht gegen Hæmatocele.

Als mehr allgemeine differential-diagnostische Merkmale gibt Kuhn noch folgende an p. 104:

1. Ein Hæmatom ist nach unten nicht glatt abgegrenzt wie die Hæmatocele; dasselbe fühlt sich uneben und höckerig an, die Hæmatocele ist mehr rundlich, oft

nierenförmig. Das Hæmatom kann im Scheidengewölbe viel tiefer herunterragen und ist dann zugespitzt; von den Bauchdecken aus fühlt es sich als ein glatter dachförmiger Tumor an, der scharf zu umschreiben ist, weil seine natürliche Grenze das abgehobene Peritoneum bildet, also gerade das umgekehrte Verhältniss wie bei der Hæmatocele.

Dasselbe bietet sich gleich von Anfang als ein bestimmter Tumor dar, der sich nur wenig verschieben lässt. Er hat von Anfang an eine teigige Beschaffenheit und zeigt später unregelmässige verschiedene Härten, das Blut bleibt viel länger flüssig als bei Hæmatocele. Das Resistenzgefühl ist nicht immer überall gleich. Der Sitz des Hæmatoms kann rings um den Uterus sein; meist breitet es sich am stärksten in den breiten Mutterbändern aus und ragt von da vor und hinter dem Uterus auf die andere Seite hinüber.

2. Sowohl bei Hæmatocele als bei Hæmatom kann der Uterus gehoben oder gesenkt sein. Was die Verlagerung des Uterus in horizontaler Richtung betrifft, so wird bei der Hæmatocele die Gebärmutter nach vorn gegen die Symphyse oder nur in geringem Masse seitwärts verdrängt, so dass der fundus uteri am meisten abweicht, während der Cervicaltheil mehr oder weniger durch die ligamenta sacro-uterina festgehalten wird; es entsteht also eine einfache antepositio uteri. Bei dem Hæmatoma perituterinum wird der Uterus mehr auf die eine oder andere Seite verlagert, weil das Hæmatom in den meisten Fällen in einem breiten Mutterband seinen Sitz nimmt. Aber trotz dieser Verlagerung entsteht doch wieder ein Heranziehen des Uterus an die Geschwulst, weil das Peritoneum sich nicht überall gleich leicht vom Uterus abhebt, sondern gegen den Fundus hin an grösserer Adhärenz gewinnt. Es lässt sich somit der Scheidentheil am meisten verdrängen,

der Uteruskörper am wenigsten. Mit einem Wort, der Uterus lagert sich über die Geschwulst und dieses Verhältniss lässt sich mit der Sonde genau constatiren. Im Fernern verliert der Uterus seine Beweglichkeit nicht wie bei Hæmatocele, sondern behält sie, wenn auch in geringem Grade, bei.

3. Die Hæmatocele tritt meist akut und mit heftigen Symptomen (Schmerz, Peritonitis, Anæmie) auf; ein kleines Hæmatom kann ganz ohne besondere Erscheinungen auftreten; ist der Bluterguss aber gross, so treten jene schon erwähnten wehenartigen Schmerzen ein, die aber nicht beständig anhalten, wie die peritonitischen Schmerzen der Hæmatocele, sondern in Pausen wiederkehren und ganz aufhören, wenn die Zerrung nicht weiter geht. Das Abdomen ist nicht aufgetrieben (wie bei Hæmatocele) und zeigt nur an einzelnen Stellen des Tumors Schmerzhaftigkeit, bei der Hæmatocele ist das ganze Abdomen schmerzhaft. Ueber dem Tumor findet sich, in grösserem Umfang, tympanitischer Schall, grössere Hæmatocelen aber lagern sich der vordern Bauchwand an und machen Dämpfung. Peritonitis ist bei grössern Hæmatocelen fast immer vorhanden, bei dem Hæmatom entsteht keine, wenn dasselbe nicht in die Bauchhöhle perforirt. Fieber ist bei dem Hæmatom nie vorhanden, bei der Hæmatocele fehlt es nie, sobald die secundäre Peritonitis entsteht.

Wenn Resorption eintritt, so geht diese bei Hæmatocele rascher von statten, als bei Hæmatoma.

Hæmatocele und Hæmatom können in die Scheide oder in's Rectum perforiren, letzteres selbstverständlich leichter als die erstere.

Aus allen diesen Erörterungen geht, nach Kuhn (p. 109), hervor, dass die Differentialdiagnose zwischen Hæmatocele und Hæmatom mit ziemlicher Sicherheit zu machen ist; nur für sehr kleine Blutergüsse kann die Diagnose zweifelhaft bleiben.

2) Eine Verwechslung zwischen einer Haematocele und einem peritonitischen Exsudat ist ebenfalls leicht möglich. Letzteres kann fast eben so akut entstehen wie die Hæmatocele, und ein ziemlich ähnliches klinisches Bild darstellen. Die Peritonitis entsteht meist im Wochenbett nach Operationen, bei Metritis, Oophoritis, Catarrhen, Geschwülsten, nach einem Abortus etc., kurz bei der Peritonitis geht fast immer die Erkrankung eines bestimmten Organes voraus; der Schmerz tritt schneller und stärker auf als bei der Hæmatocele, das Fieber steigt, meist nach vorausgegangenem Schüttelfrost, rasch zu einer bedenklichen Höhe 40—41, während bei Hæmatocele der Schüttelfrost fehlt und das Fieber nur nach und nach entsteht; bei der Peritonitis sinkt bisweilen das Fieber mit der Exsudatbildung, bei der Hæmatocele beginnt es erst recht mit den peritonitischen Erscheinungen; bei Peritonitis oft hochgradige Tympanitis, bei Hæmatocele nur geringe; bei letzterer oft ausgesprochene Anæmie, bei ersterer meist Cyanose. Die peritonitischen Exsudate liegen zwar ebenfalls häufig im Douglas'schen Raum, können aber auch oberhalb und seitlich vom Uterus liegen; sie ziehen diesen letztern nach ihrer Seite, während die Hæmatocele den Uterus wesentlich nach vorn verdrängt. Bei der Peritonitis ist die Urinsecretion selten gestört, bei der Hæmatocele häufig. Bald nach ihrer Entstehung sind die peritonitischen Exsudate fest, den Uterus fixirend, während die Hæmatocele, zuerst weich, nur allmälig hart wird; diese fühlt sich als praller, glatter Tumor an, jenes ist uneben und höckerig.

3) Die Differentialdiagnose zwischen Haematocele und chronischer Pelviperitonitis ist eine höchst schwierige. Die chronische Pelviperitonitis kann als seröses, purulentes oder hæmorrhagisches Exsudat auftreten; bei den beiden ersten Formen kann eine Probepunktion auf die richtige Spur führen, bei der hæmorrhagischen Form

lässt uns auch die Punktion im Stich; doch soll das Blut bei Pelviperitonitis hæmorrhagica viel Serum enthalten, das der Hæmatocele nicht. Das langsame Entstehen und der chronische Verlauf der Pelviperitonitis sind allenfalls ein wichtiges Unterscheidungsmerkmal, doch kann ja auch die Hæmatocele sehr chronisch verlaufen; bei dieser fehlen selten die Menstruationsstörungen und die Metrorrhagien, bei jener häufig. Eben so wichtig sind die vorausgegangenen Erkrankungen, Metritis, Perimetritis, ein früher vorhandenes peritonitisches Exsudat, dann die peritonitischen Schmerzen und das Fieber, welche bei der Pelviperitonitis oft lange dem eigentlichen Ausbruch der Krankheit vorangehen. Das seröse oder eiterige Exsudat verwandelt sich nur langsam in einen soliden Tumor, die Hæmatocele ist oft in 2—3 Tagen mehr oder weniger hart.

Hinzufügen können wir noch, dass bei der Pelviperitonitis, besonders bei der eiterigen Form, das Allgemeinbefinden meist ein schlechtes ist und dass sie immerhin seltener vorkommt, als die Hæmatocele. Doch alle diese Punkte gewähren keinen sichern Halt in der Differentialdiagnose, denn wir fanden Fälle von Pelviperitonitis in der Literatur vor, welche absolut einer Hæmatocele gleich sahen, sogar das anämische Colorit, welches manche Autoren, wie Breslau und Andere, als pathognomonisch für die Hæmatocele ansehen, war bei der Pelviperitonitis sehr ausgesprochen und ihre Entstehung war eine ebenso stürmische. In den meisten Fällen wird man, wie wir schon gesagt haben, die Akidopeirastik zu Hülfe nehmen müssen, und auch diese ist hie und da unzuverlässig; sogar, wegen möglicher Erzeugung putrider Infection, nicht ganz ohne Gefahr. Einen grossen Werth muss man auf die Anamnese legen.

4) Sehr schwierig ist es ebenfalls, Parametritis und Haematocele von einander zu unterscheiden. Häufig

entsteht die Parametritis im Puerperium, nach Verletzungen, bei Neoplasmen insbesondere Fibroïden, meist aber ist sie eine Folge einer akuten Metritis, ja beide Erkrankungen sind so ziemlich gleichbedeutend. Die Hæmatocele schliesst sich selten an Erkrankungen des Uterus, sondern meist an solche des Ovariums an. Wie die Hæmatocele kann die Parametritis an Menstruationsanomalien, z. B. an Suppressio mensium, an Erkältungen während der Menses sich anschliessen, kann wie sie unter stürmischen Erscheinungen, Schüttelfrost, Fieber, heftigen Schmerzen im Abdomen, Brechen, Würgen, Kopfweh u. s. w. auftreten; es fehlen aber die Symptome der akuten Anæmie und die bei Hæmatocelen selten fehlenden Metrorrhagien. Beide Affectionen können sehr schmerzhaft sein, doch ist bei der Hæmatocele der Schmerz ein continuirlicher, langanhaltender, bei der Parametritis cessirt derselbe, sobald das Exsudat gebildet ist.

Das parametritische Exsudat bildet sich nicht so schnell wie die Blutgeschwulst, es befindet sich vorzugsweise seitlich vom Uterus, oder zwischen Scheide und Blase, oder endet spitz zwischen Vagina und Rectum. Es ist anfangs hart, brettartig, wird später weich, fixirt den Uterus so, dass er oft ganz unbeweglich, wie eingemauert ist, verdrängt ihn nach der entgegengesetzten Seite, und zeigt eine diffuse Härte; die Hæmatocele im Gegentheil entwickelt sich meist schnell, lagert sich in dem Douglas'schen Raum, nimmt die runde Form an, ist zuerst weich, dann hart und stellt einen circumscripten Tumor dar. Bei der Parametritis ist der Uterus, weil entzündet, oft sehr schmerzhaft, bei der Hæmatocele nicht; bei dieser ist das Allgemeinbefinden nur momentan, bei jener oft auf lange Zeit und merklich gestört. Lassen alle diese Merkmale im Stich, so entscheidet das Fieber, welches bei Parametritis nie fehlt. Der Temperaturanstieg ist ein

plötzlicher und sehr hoher: 39—40°; bald aber nimmt das Fieber einen remittirenden Charakter an: starke Morgenremissionen bis herab auf 37° und Abendexacerbationen bis auf 39° und darüber. Bei der Hæmatocele fehlt fast immer das Fieber im Anfang, die Temperatur steigt langsam und zeigt hie und da Morgenexacerbationen, mit Abendremissionen. Der Puls läuft bei der Parametritis der Temperatur parallel, ist voll und frequent, bei der Hæmatocele frequent und klein. Die Parametritis kann wochenlang mit ihrem typischen Fieber verlaufen, die Hæmatocele kann sehr schnell heilen.

5) Differentialdiagnose zwischen Haematocele und Haematometra.

Obschon diese Verwechslung leichter bei der Hæmatocele anteuterina und bei dem extraperitoneal gelegenen Hæmatom vorkommen kann, als bei der Hæmatocele retrouterina, so halten wir es doch für wichtig, die wesentlichsten diagnostischen Merkmale der Hæmatometra bei Uterusduplicität mit Atresie hervorzuheben, besonders da die Hæmatometra selbst eine Hæmatocele erzeugen kann; Olshausen [1]) z. B. hat einen, durch die Section nachgewiesenen Fall beobachtet, bei welchem in Folge einer Atresia Vaginae nach Typhus mit consecutiver Hæmatometra und Rückstauung des Blutes durch die Tuben eine Hæmatocele entstanden war.

In seinen « kritischen Untersuchungen » zeigte Schröder, dass die Hæmatometra in Folge von Uterus und Vagina duplex mit Atresie etliche Mal mit Hæmatocele anteuterina verwechselt worden, und hob zugleich hervor, dass letztere, obwohl anatomisch möglich, doch meist eine Theil- resp. Folgeerscheinung der Hæmatocele retrouterina ist.

[1]) Arch. f. Gynæk. I, p. 24.

Ebenso hat Simon in Rostock[1]) auf die Möglichkeit der Verwechslung einer Hæmatocele mit einer Hæmatometra bei Duplicität des Uterus und der Vagina aufmerksam gemacht und folgende diagnostische Merkmale aufgestellt, welche wir zum Theil hier reproduciren:

1) Die Hæmatometra nimmt die Hälfte der Vagina in der ganzen Längenausdehnung ein. Die innere Wand der Geschwulst inserirt in der Medianlinie des Scheidenlumens und zwar an der Vorderseite unmittelbar unter dem Orificium urethrae. Die Insertionsstelle ist scharf abgegrenzt und ändert sich nicht, auch wenn der Körper der Geschwulst so beträchtlich gegen die freie Seite der Scheide vorspringt, dass das Lumen dieser Seite bis auf einen schmalen Spalt ausgefüllt ist. Demgemäss hat man auf der freien Seite der Vagina zwischen einem Katheter in der Blase und einer Fingerspitze in der Scheide nur die normal dicke Blasenscheidenwand. In der andern Hälfte liegt die Geschwulst zwischen der freien Seite der Scheide und der Blase. Der Katheter kann hier nicht durchgefühlt werden.

2) Sprechen für Atresie bei Duplicität: Das Auftreten der Geschwulst zur Zeit der Pubertät, die jedesmalige Vergrösserung derselben und die Zunahme der Beschwerden zur Zeit der Menstruation, und endlich das stetige aber sehr langsame Wachsthum der Geschwulst.

3) Der Nachweis eines Uterus bicornis, entweder durch die Bauchdecken oder durch den Mastdarm, unterstützt die Diagnose der Retentionsgeschwulst bei Duplicität, denn in der Mehrzahl der Fälle war die Bicornität des Uterus damit complicirt.

4) Als weniger wichtig: Die Verkümmerung des

[1]) Ueber die Diagnose von Atresie etc. von Prof. G. Simon in Rostock. Monatsschr. für Geburtsh. Bd. XXVII, p. 419.

Muttermundes. In zweifelhaften Fällen kann eine Probepunktion den gewünschten Aufschluss geben; bei der Hæmatometra zeigt sich ein theerartiges, eingedicktes Blut, während man bei der Hæmatocele entweder coagulirtes Blut oder die bekannte Johannisbeergelée findet. Bei einem Fall von Hæmatometra (Breslau) gingen jeder Menstruation epileptische Anfälle voraus. Für einen Bildungsfehler des Uterus spricht der Umstand, dass nach möglichst vollständiger Entleerung des Blutes bei Hæmatometra der Tumor doch noch von aussen fühlbar bleibt, während eine operirte oder perforirte Hæmatocele meist spurlos verschwindet.

5) Was die Verwechslung der Haematocele mit Graviditas extrauterina betrifft, so ist dieselbe einige Male vorgekommen. Durch eine genaue Anamnese und eine sorgfältige Untersuchung mag es aber in den meisten Fällen möglich sein, einen solchen Irrthum zu vermeiden. Bei der Extrauterinschwangerschaft bleibt die Periode meist aus, bei der Hæmatocele kann sie zwar auch fehlen, aber es handelt sich dann um eine plötzliche suppressio mensium und um vorausgegangene Menstruations-Anomalien. Die Untersuchung ergibt bei Graviditas extrauterina die bekannten Schwangerschaftszeichen, wie Anschwellung der Brüste, Pigmentirung der Linea alba, livide Färbung der Vagina, aufgelockerten Scheidentheil, fœtale Herztöne und Uteringeräusch, welche beide letztere auch fehlen können, verlängerter Uterus. Zudem ist der Verlauf beider Zustände geradezu ein umgekehrter: Bei der Hæmatocele zuerst ein allgemeines Uebelbefinden, Auftreten eines Tumors im Douglas'schen Raum, vielleicht unter den bekannten stürmischen Symptomen, mit bald darauf folgender Abnahme dieser Erscheinungen; bei der Extrauterinschwangerschaft Fehlen der akuten Initialsymptome, langsame aber stete Entwicklung des Tumors und der andern Schwangerschaftssymptome bei sonst allgemeinem Wohlbefinden. Den

besten Aufschluss jedoch gibt das Verhalten des Cavum uteri: Bei der extrauterinen Gravidität nimmt die Uterushöhle constant an Länge zu, bei der Hæmatocele nicht. Duncan will zwar auch bei Blutextravasaten Verlängerung des Uterus constatirt haben; dies ist möglich, besonders bei dem Hæmatoma periuterinum, wo, in Folge von Zerrung, die Gebärmutter eine Verlängerung bis zu 4 Cm. (Kuhn) erfahren kann. Man kann den Uteruskörper bei Extrauterinschwangerschaft sehr leicht abgrenzen, der Tumor im Douglas'schen Raum kann elastisch sein, oder durch Blutextravasate in dem das Ei umhüllenden, mit dicken Gefässen durchzogenen Sack hart erscheinen. Immer ist die Geschwulst sehr rund. In späteren Monaten kann man in demselben den Fœtuskörper nachweisen.

Wie wichtig eine genaue Diagnose in ähnlichen Fällen ist, zeigt die von Robert und Huguier begangene Verwechslung einer Graviditas extrauterina mit einer Hæmatocele, in welchem Falle die in therapeutischer Absicht vorgenommene Punktion den Tod der Patientin nach sich zog.[1])

8) Eine Verwechslung des retroflectirten oder retrovertirten Uterus im graviden oder nicht graviden Zustande mit der Haematocele ist möglich. In diesen Fällen können Repositionsversuche gefährliche Folgen haben. Die Härte und Form der Geschwulst, ihr Zusammenhang mit dem Scheidentheil genügt meist zur Entscheidung. Blieben doch Zweifel übrig, so würde die Uterussonde in Anwendung zu bringen sein, um die Lage des Uterus nachzuweisen. Die Rectaluntersuchung ist aber bei der Hæmatocele möglichst zu meiden.

9) Verwechslung mit Neoplasmen, z. B. Fibroïd, Carcinom, Sarkom, Ovarialtumor.

Unter den Fibroïden sind es die subperitonealen und

[1]) Bullet. de la Soc. anatom. de Paris, Juin 1857.

interstitiellen, an der hintern Wand des Uterus und in dem Douglas'schen Raum sich entwickelnden, welche eventuell eine Verwechslung mit Hæmatocele hervorrufen können; die Fibroïde können sich ebenfalls im kleinen Becken entwickeln, in's Abdomen emporsteigen; durch Druck Defäcations- und Urinbeschwerden verursachen und sogar, aber selten, entzündliche Symptome hervorrufen. Das Fibroïd ist leichter beweglich und gleich von vornherein härter als die Hæmatocele; entweder vergrössert es sich oder bleibt stationär; die Hæmatocele nimmt meist ziemlich schnell an Grösse ab. Dass gelegentlich eine Hæmatocele sich wie ein Fibroïd entwickeln kann, zeigt ein Fall, bei welchem Prof. Stoltz [1]) eine Hæmatocele für ein Fibroïd hielt, und in der That war es einer dieser Fälle von Hæmatocele, deren Diagnose mit so vielen Schwierigkeiten verbunden ist. Die langsame Entwicklung der Hæmatocele, das Fehlen der Schmerzen und aller stürmischen Symptome während des Entstehens, der intime Zusammenhang der Geschwulst mit dem Uterus, ihre Beweglichkeit und Consistenz hatten die Verwechslung intra vitam verursacht. Solche Fälle sind immerhin Ausnahmen; Regel ist, dass das Fibroïd sich langsamer entwickelt als die Hæmatocele, und oft keine andern subjectiven Beschwerden verursacht, als ein Gefühl von Schwere im Abdomen. In schwierigen Fällen könnte die Akidopeirastik zu Hülfe genommen werden. Wie das Fibroïd, so können auch Carcinom und Sarkom eine Hæmatocele vortäuschen. Das Carcinoma uteri kann als eine schmerzhafte, weiche, meist aber brettharte, den Uterus, resp. das Collum uteri, fixirende Geschwulst auftreten. Zu berücksichtigen sind bei der Differentialdiagnose die Cachexie, welche bei den malignen Tumoren selten fehlt, das allmälige Entstehen, und im vorgerück-

[1]) Engelhardt: De l'Hématoc. rétrouter., p. 35.

terem Stadium die intensiven Schmerzen, die das Carcinom begleiten, sowie vielleicht auch der jauchige Abfluss aus der Vagina.

Nélaton verwechselte einen Fall von Carcinom mit Hæmatocele, wobei allein die Probepunktion ihn aus dem Zweifel brachte.

Die Ovarialtumoren, besonders die im Douglas'schen Raume sitzenden, können auch mit Hæmatocele verwechselt werden, doch entwickeln sich dieselben langsam, schmerzlos und continuirlich meist im vorgerückteren Alter der Frauen; man trifft aber Ovarialtumore bei jüngern Frauen, wie auch die Hæmatocele nicht immer nur zwischen 20 und 30 Jahren auftritt. Fluctuation und Elasticität der Ovarialtumoren persistiren oft lange, während die Hæmatocele schnell hart wird.

Die Eierstockscysten steigen selten so tief in den Douglas'schen Raum herunter, wie die Hæmatocele, und stehen nicht wie diese in so inniger Verbindung mit der Gebärmutter; sie können bersten, ihren Inhalt in das Cavum Douglasii ergiessen und eine Peritonitis hervorrufen; in diesen Fällen könnte man an Hæmatocele denken. Bei den Ovarialtumoren bleibt das Allgemeinbefinden lange ein gutes; es fehlen die Metrorrhagien und die Schmerzen bei der Palpation; bei Repositionsversuchen lassen sich die eingeklemmten Ovarialcysten hie und da reponiren, die Hæmatocele ist meist unbeweglich. Durch die Probepunktion wird die Diagnose am besten gesichert; zwar kann die Ovarialcyste auch Blut liefern, aber dasselbe ist dann mit viel seröser Flüssigkeit vermischt und zeigt eine schmutzig graubraune Farbe.

Andere Neubildungen des Ovariums, wie Carcinom und Sarkom, können ebenfalls mit Hæmatocele verwechselt werden. Gallard, in seinen « Leçons sur les maladies des femmes, p. 695 », berichtet von einem Falle von Carci-

noma ovarii (cancer hématode), welchen er selbst am Anfang für eine Hæmatocele hielt, denn die betreffende Patientin war inmitten einer Menstruation von allen, die akut auftretende Hæmatocele begleitenden Symptomen befallen worden: hochgradige Schmerzen im Abdomen und im Kreuz, Ohnmachten, bleiches Gesicht, allgemeines Uebelbefinden, ein weicher, links hinter dem Uterus sitzender, denselben nach vorn und oben verdrängender Tumor, schwacher und frequenter Puls, ohne Fieber, erschwerte Exurese und Defäcation, Alles sprach für Hæmatocele. Einige Tage hindurch blieb der Zustand der Patientin der eben beschriebene, doch nach einem Monat ungefähr war der Tumor grösser und härter geworden, das Abdomen war stark ballonirt, die Patientin war sehr heruntergekommen, äusserst abgemagert, cachectisch und ödematös; die Patientin starb bald darauf und die Section ergab einen 14 Pfund schweren Tumor des Ovariums, welcher beim Durchschnitte eine grosse Anzahl wallnuss- bis kindskopfgrosser, mit sanguinolenter Flüssigkeit angefüllter Taschen aufwies. Eine solche faustgrosse, mit coagulirtem Blut angefüllte Tasche sass unmittelbar unter dem Collum uteri und der hintern Wand der Vagina, und diese hatte bei der innern Untersuchung eine Hæmatocele vorgetäuscht.

Durch das schnelle Wachsthum der Geschwulst, durch die Abmagerung und das cachectische Aussehen der Kranken liess Gallard bald seine erste Diagnose fallen. Diese Fälle sind zwar höchst selten, müssen aber, weil sie vorkommen können, berücksichtigt werden.

10) Differentialdiagnose zwischen Oophoritis und Haematocele.

Eine Verwechslung zwischen Oophoritis und Hæmatocele ist ebenfalls möglich.

Beide Leiden stehen zu einander in der engen Correlation von Ursache zu Wirkung: die Oophoritis geht

häufig der Haematocele voraus, wie einige unserer Fälle es gezeigt haben.

Dass die Hæmatocele in der That in Folge der Eierstocksentzündung entstehen und dass letztere mit allen Symptomen der erstern einhergehen kann, dafür liefert unser Fall VII einen eklatanten Beweis. Obschon wir denselben früher citirt haben, müssen wir ihn hier noch näher besprechen:

Patientin litt an Menstruationsanomalien, einige Male war sogar die Periode mit hochgradigen hysterischen Anfällen complicirt. Unmittelbar im Anschluss an eine Menstruation, vielleicht sogar während derselben, waren, in Folge einer Ueberanstrengung, so intensive Schmerzen in der Uteringegend entstanden, dass Patientin das Spital aufsuchte. Bei der Untersuchung fand man Spuren von Anæmie, ein schmerzhaftes Abdomen, einen nach vorn gedrängten Uterus, einen im linken Scheidengewölbe sitzenden kleinen, rundlichen, schmerzhaften Tumor und subjectiv: Kopfweh, Schwindel, benommenes Sensorium, geringen Appetit. Temperatur zuerst subnormal, dann Abendfieber, und als Zugabe hatte Patientin während dieser Zeit hysterisch-maniakalische Anfälle, die sie in einen eigenthümlichen, halb schläfrigen Zustand versetzten und welche wahrscheinlich mit der Oophoritis in engem Zusammenhang waren. Circa 22 Tage nach diesem Anfall von Oophoritis (denn der im linken Scheidengewölbe sitzende, schmerzhafte Tumor war nichts anderes, als das linke erkrankte Ovarium) trat fast unbemerkt, während der Periode, eine Haematocele auf, welche eines Morgens, bei der Untersuchung, als eine im hintern Scheidengewölbe sitzende, ziemlich harte schmerzhafte Resistenz, « die früher nicht vorhanden war », sich kundgab, durchaus ohne akute Symptome, nur mit etwas Fieber, welches aber auch schon bei der Oophoritis sich gezeigt hatte. Zu gleicher Zeit schien

das linke Ovarium etwas weicher zu sein als bei Anfang der Krankheit, doch war es noch immer schmerzhaft. Beide Erkrankungen verliefen nun miteinander ganz günstig, mit ziemlich rascher Verkleinerung der beiden Tumoren, so dass Patientin, obschon sie in der Zwischenzeit ihre hysterischen Anfälle wieder bekommen hatte, nach circa 3 Monaten fast vollständig geheilt entlassen wurde.

Obschon von vornherein von Hrn. Prof. Frankenhäuser die Diagnose Oophoritis und später diejenige der Hæmatocele gestellt wurde, so hätte man diesen Fall, in seinem Beginn, dennoch leicht mit Hæmatocele verwechseln können; das Auftreten der Oophoritis nach einer Menstruation in Folge einer Ueberanstrengung, unter akuten Symptomen, der Schmerz, das leichte Fieber, der anteponirte Uterus, die Gegenwart eines schmerzhaften Tumors im linken Scheidengewölbe, alles dies hätte leicht den Gedanken an eine Hæmatocele hervorrufen können. Gegen eine solche sprach allerdings der laterale Sitz des vergrösserten Ovariums; die Hæmatocele liegt aber nicht immer median wie wir wissen. Im Gewöhnlichen wird die Oophoritis nicht so acut auftreten; es fehlen die Erscheinungen der akuten Anæmie, die consecutive Peritonitis (wenigstens tritt sie nicht so schnell auf wie bei der Hæmatocele), und schliesslich nimmt das entzündete Ovarium nicht die grossen Dimensionen der Hæmatocele an. Wie die letztere kann aber die Oophoritis ebenfalls mit Metrorrhagien und Menstruationsstörungen einhergehen. Da die Oophoritis eine grosse Neigung zur Eiterbildung hat, so nehmen bei ihr die Allgemeinerscheinungen an Heftigkeit zu, während sie bei der Hæmatocele häufig schnell abnehmen.

10) Auch die Chlorose kann, wie die Hæmatocele mit den Symptomen der Anæmie, kleinem und schnellem Puls, Fieber, schmerzhaftem Abdomen u. s. w. einhergehen; der abwesende Tumor wird aber bald auf die richtige

Fährte bringen, desshalb eine Verwechslung nur möglich sein kann, wenn eine Untersuchung unterbleibt.

11) Verwechslungen von Kothansammlungen im Rectum, mit Hæmatocele haben auch schon stattgefunden; die Anamnese, eine Rectaluntersuchung, unterstützt von einem Clysma, werden den Irrthum aber bald heben.

Symptomatologie.

Der Symptomencomplex, unter welchem die Hæmatocele auftritt, ist, obschon einigen Variationen unterworfen, dennoch ein ziemlich constanter.

Fast immer verläuft die Hæmatocele mit den Zeichen einer innern Blutung und denjenigen einer circumscripten Peritonitis.

Gewöhnlich gehen der Entstehung der Beckenblutgeschwulst Störungen der Menstruation voraus. Bald handelt es sich um einen verstärkten oder um einen verminderten, bald um einen verfrühten oder verspäteten, bald um einen temporär oder vollständig sistirten menstrualen Ausfluss. Ferber[1]) z. B. berichtet von einem Fall, wo seit 8 Jahren die Menses aufgehört hatten. Nur in seltenen Fällen liegen keine Unregelmässigkeiten der Menses vor und die Hæmatocele tritt ganz plötzlich und bei scheinbar gesunden und wohl geregelten Frauen auf. Auch in den meisten unserer Beobachtungen waren der Hæmatocele Störungen der Katamenien vorausgegangen; so handelte es sich um profuse, oft schmerzhafte Menstruation in den Fällen II, IV, V, VIII, X, XI, XII, oder die Menstruation war sehr schwach, wie in den Fällen I, III, VII. Meno-

[1]) Schmidt's Jahrb. 1864 Nr. 123.

pausen zeigten sich in den Fällen I, II, VII, XI, XIV. Regelmässig war die Periode nur in den Fällen VI, IX, und XIII. Liegt Oophoritis vor, so leiden die Frauen an ovarieller Dysmenorrhoe, an krampfartigen Schmerzen vor und während der Periode, wie in unsern Fällen I, II, III, und IV.

Nebst den Menstruationsanomalien klagen die Frauen vor dem Auftreten der Hæmatocele häufig an ziehenden oder stechenden Schmerzen im Kreuze und im Unterleibe.

Als sehr charakteristisch für die Hæmatocele ist nun ihr plötzliches Entstehen vielleicht nach einer Schädlichkeit, z. B. Ueberanstrengung, Erkältung, Excesse in coïtu meist zur Zeit einer Menstruationsepoche oder auch ausserhalb derselben, sogar während einer Menopause. Unsere Fälle verhielten sich in dieser Hinsicht folgendermassen:

1) Die Hæmatocele trat auf mit oder während der Menses in Fall IV, VI, VII, VIII, IX, X, XI;
2) gleich nach den Menses in Fall III, XIII;
3) zwischen zwei Perioden in Fall XII, XIV;
4) während einer Menopause, aber ungefähr zur Zeit, wo die Periode hätte eintreten sollen, in Fall I und II.
5) nach einem Abortus, schleichend, in Fall V.

Zehn von unsern Beobachtungen waren plötzlich und mit ziemlich stürmischen Erscheinungen aufgetreten. Hie und da aber entstehen die Hæmatocelen so symptomlos, dass die Frauen keine Ahnung von ihrem Leiden haben.

Die Schmerzen, eines der ersten und wichtigsten Symptome bei der Hæmatocele, hie und da derselben vorausgehend, erreichen bisweilen eine beträchtliche Höhe; sie haben meist ihren Sitz im Hypogastrium, strahlen nach verschiedenen Richtungen aus, sind meist continuirlich, über das ganze Abdomen verbreitet und unterscheiden sich von den intermittirenden, wehenartigen, reissenden,

zerrenden Schmerzen, welche nach Prof. Frankenhäuser[1]) eines der charakteristischen Symptome der Hæmatoma periuterinum sind. Den Patientinnen kommt es oft vor, als wenn etwas zerreissen, und wie wenn ein fremder Körper im Abdomen sich senken und nach unten drängen würde. Diese Schmerzen sind theils das Resultat des Druckes der Hæmatocele auf die benachbarten Organe, auf die Gefässe und Nerven, daher die schmerzhafte oder gestörte Defäcation und Diurese, sowie die neuralgischen Erscheinungen im Verlauf des Cruralis und Ischiadicus. Theils aber sind die Schmerzen entzündlicher Natur; das ganze Abdomen ist oft so schmerzhaft, dass die Patientinnen kaum zu athmen wagen und bei der geringsten Berührung der Bauchdecken die intensivsten Schmerzen empfinden. Selbstverständlich hängt der Grad der Schmerzen von der Grösse der Hæmatocele ab, bisweilen fehlen sie ganz; oft auch sind sie beim Beginn des Leidens kaum fühlbar und steigern sich erst nach und nach zu einer solchen Höhe, dass sie unausstehlich werden. Laugier und Fénerly[2]) wollen beobachtet haben, dass die Schmerzen sowohl bei der Hæmatocele als auch bei der Menstruation ihren Sitz in den Ovarien haben, denn wenn man zu beiden Seiten des Hypogastrium wechselsweise einen leisen Druck ausübt, so findet man, dass der Schmerz nur auf einer Seite empfunden wird. Diesen einseitigen Schmerz will Laugier in allen Fällen von Hæmatocele gefunden haben. Es wäre sehr wichtig, die Richtigkeit dieser Angabe zu bestätigen, besonders in ætiologischer Hinsicht.

Bei keinem unserer Fälle fehlte der Schmerz; meist hatte er in einer Inguinalgegend seinen Sitz, im Fall V

[1]) Kuhn, loc. cit. 90.

[2]) Revue méd.-chirurg., Mai 1855.

strahlte er bis in die Brüste; im Fall XIII in Brust und Knie; jedenfalls war der Schmerz meist einseitig, entweder in der Iliacal- oder Inguinalgegend, was so ziemlich auf das Ovarium als Ausgangspunkt des Schmerzes hindeutet. Mit dem Schmerze sind gewöhnlich noch andere Symptome verbunden, wie heftiger Durst, Appetitlosigkeit, trockene, belegte Zunge, Uebelkeit, Schwächegefühl, grosse Müdigkeit, Brechreiz und wirkliches Erbrechen, Bauchschmerzen, Constipation oder auch hochgradige Diarrhoe, Dyssenterie u. s. w.

In zweiter Linie zeigen sich als wesentliches Symptom bei der akut auftretenden Hæmatocele oft die Zeichen der akuten Anæmie. Die Patientinnen werden plötzlich blass, Haut und Schleimhäute entfärben sich, das Gesicht bekommt eine gelbliche Farbe oder nimmt einen angstvollen Ausdruck an, der Puls wird klein und frequent, die Körpertemperatur sinkt, die Respiration wird beschleunigt, es entsteht Frösteln, hie und da ein Schüttelfrost, die Kranken werden sehr schwach, ohnmächtig, und verfallen in einen collapsartigen Zustand, aus welchem sie sich bald erholen können oder auch, wenn sie schwächlicher Natur sind, dem hochgradigen Choc unterliegen. Die Symptome der akuten Anæmie zeigte ziemlich exquisit der Fall I, welcher während der Entstehung der Hæmatocele genau im Spital beobachtet wurde. Weniger ausgesprochene Symptome von Anæmie zeigten die Fälle IX, XII, XIII, XIV.

Ein wichtiges, fast nie bei der Hæmatocele fehlendes Symptom ist die Perturbation der Menses. Wenn schon vor Entstehung der Beckenblutgeschwulst die Periode in den meisten Fällen gestört ist, so fehlt eine solche Störung höchst selten beim Beginn und während der Krankheit. Coincidirt die Entstehung der Hæmatocele mit der Menstruation, so ist letztere in den meisten Fällen ver-

stärkt und wird oft zur förmlichen Metrorrhagie; hie und da aber wird der Menstrualfluss auch geringer oder hört gänzlich auf. Eilf von unsern Beobachtungen entstanden und verliefen mit Uterinblutungen, mehr weniger lang anhaltend; meist war es ein schwarzes, coagulirtes Blut, welches bei seinem Abfluss starke Schmerzen verursachte. Vermuthlich entstehen diese Hæmorrhagien in Folge des Drucks der Hæmatocele auf die Uterinschleimhaut.

Das werthvollste Symptom der Hæmatocele ist unstreitig der Nachweis eines abdominellen Tumors, welcher oft so schnell auftritt, dass die Patientinnen selbst die plötzliche Auftreibung des Bauches bemerken; oft auch entsteht derselbe langsam und verschwindet wieder theilweise, um bei der nächsten Periode auf's Neue wieder zu wachsen. Das Abdomen ist ballonirt, schmerzhaft, und wenn die Schmerzen eine Untersuchung erlauben, so ergibt dieselbe eine im Becken mehr weniger grosse und schmerzhafte, teigige, anfangs noch fluctuirende, median oder auch seitlich gelegene kuglige Geschwulst.

In allen unsern Fällen war der Tumor deutlich fühlbar; in einigen hatte er schwere Störungen, wie hochgradige stechende Schmerzen im Kreuz und in den untern Extremitäten, Dysurie, hochgradige Obstipation u. s. w. verursacht.

Die Frage, ob die Hæmatocele mit oder ohne Fieber verläuft, ist noch nicht endgültig entschieden. Während einige Autoren behaupten, dass das Fieber ein constanter Begleiter der Hæmatocele ist, behaupten Andere, und mit Recht, dass der Mangel von Fieber eines der Zeichen der Hæmatocele ist. In diesen Punkt müssen wiederholte genaue Messungen Licht bringen. So viel steht fest, dass bei Beginn der Krankheit die Temperatur meist eine unveränderte, bisweilen eine abnorm niedrige ist (36°, 35°), was natürlich mit dem grossen, durch den Blutabgang er-

zeugten Wärmeverlust zusammenhängt. Später aber, wenn die consecutive Peritonitis auftritt, steigt die Temperatur und bleibt einige Zeit, unter geringen Oscillationen, fast beständig in der Höhe, bis die Entzündung sich gelegt hat; oft kommen ziemlich bedeutende Morgenremissionen, aber auch, wie in unserm Fall I (siehe unten), Morgenexacerbationen und Abendremissionen vor. Es mögen hier einige Details über die Temperaturverhältnisse bei unsern Fällen angebracht sein:

Als Typus könnte der während seiner Entstehung im Zürcher Frauenspital beobachtete Fall I (Ganz) dienen. In den 2—3 ersten Tagen, während welchen alle Symptome entschieden auf eine beginnende Hæmatocele hindeuten, bleibt die Temperatur quasi normal:

Erster Tag: Morgens 37,6 Abends 37,7
Zweiter Tag: » 36,7 » 37,6 Puls 106.

Am dritten Tage wird Pat. sehr elend, das Abdomen aufgetrieben und sehr schmerzhaft, die Hæmatocele vergrössert sich, Temperatur bleibt auf 37,2—37,5, Puls elend, sehr klein, Frequenz bis 140. Respiration 40.

Am vierten Tage Verschlimmerung, Patientin wird anæmischer:

	Morgens	Mittags	Abends	
Temp.	36,9	37,8	38,1	37,8
Puls	140	144	148	
Respirat.	40	40	24	

Vom fünften Tage an steigt die Temperatur, vermuthlich weil die Abkapselung des Tumors, resp. die consecutive Peritonitis in Scene tritt; vom fünften bis zum 18ten Tage bewegt sich die Curve fast beständig um 39° herum, so ziemlich in den Grenzen zwischen 38,5 und 39,5. Des Morgens fanden sehr häufig Exacerbationen, des Abends im Gegentheil Remissionen statt, z. B. des Morgens 39,0, des Abends 38,4, hingegen auch

Morgenremissionen bis 37,3 und Abendexacerbationen bis 38,4; mehrmals blieb die Temperatur den ganzen Tag in der Höhe: 39,2 Morgens und 39,4 des Abends. Puls während dieser Zeit sehr frequent: 152, 144, 136, 128, 116, 108. Resp. 48, 37, 36.

Vom achtzehnten bis zum vierundzwanzigsten Tage sank die Temperatur, das subjective Befinden besserte sich. In Folge deutlicher Fluctuation des Tumors wird am vierundzwanzigsten Tage im hintern Scheidengewölbe eine Punktion vorgenommen; der Blutabgang sichert die Diagnose Hæmatocele. Vom 24./25. steigt die Temperatur rasch und erreicht sogar 40,6, aber schon am 26sten fällt sie wieder auf 38,7; am 29sten Tage tritt ein Rheumatismus articularis mit hoher Temperatur (38,3 bis 39,5) zur Hæmatocele.

Am 31sten Tage entsteht plötzlich Collapstemperatur (36,3), welche nur einen Tag anhielt und sogar am gleichen Abend wieder einem Anstieg von 39° wich. In Folge der nun eingetretenen hohen Temperatur, der Somnolenz, des jauchigen Stuhlabgangs eröffnete Hr. Prof. Frankenhäuser am 33sten Tage die Hæmatocele durch den Mastdarm, worauf sich viel jauchiges, sehr übelriechendes Blut entleerte. Noch am gleichen Tage sank die Temperatur bis auf 37,6 herab. Nach der Schnittoperation war also entschieden Besserung eingetreten.

Am 38sten Tage aber trat plötzlich Frost ein, mit einer Temperatur von 40,3, Puls 152, Resp. 52 in Folge einer Bronchopneumonie, die sich nach fünf Tagen schon ziemlich gebessert hatte, welche aber durch verschiedene Recrudescenzen die Patientin mehrmals in Lebensgefahr brachte und so den Verlauf der Hæmatocele sehr in die Länge zog; trotzdem trat nach einem fünfmonatlichen Aufenthalt Patientin geheilt aus dem Spital.

Die übrigen 13 Fälle bieten wenig Wichtiges.

Fall II zeigte beim Spitaleintritt 39, bald darauf Fieberlosigkeit.

Fall III. 37—38,6.

Fall IV. Zuerst 36,1, dann 38,2 am zweiten und dritten Tage; sonst immer circa 37.

Fall V. 37,4 bis 38,8.

Fall VI. Eine Hæmatocele, mit heftiger Metrorrhagie auftretend, bei einer Temperatur von 36,8—37,6.

Fall VII. Die Hæmatocele entstand während der Menses im Spital selbst; die Temperatur blieb fast normal, höchstens Abends etwas Fieber.

Fall VIII. Hie und da etwas Fieber.

Fall IX. Idem.

Fall X zeigte besonders am Anfang subnormale Temperatur 36,2, 36,4; später 37,5.

Fall XI. Temperatur auch hie und da subnormal 36,1, 36,2, 36,9; kein Fieber.

Fall XII. Nur des Abends einige Male 38°.

Fall XIII. Zuerst kein Fieber; später aber bei der eiterigen Entleerung ziemlich starkes Fieber (39,4); nach der Entleerung Fieberanfall.

Fall XIV. Temperatur zuerst normal, später und besonders des Morgens subnormal.

Die Temperaturmessungen in unsern Fällen beweisen also, dass das Fieber bei Haematocele meistens fehlt.

Tritt gleich von vornherein Fieber auf, so haben wir es wahrscheinlich mit einer Pelviperitonitis oder mit den Ueberbleibseln einer frühern Hæmatocele zu thun, wobei dann die Peritonitis das primäre, der Bluterguss aber das secundäre ist.

Nach dem Vorhergehenden sind die Hauptsymptome der Hæmatocele:

1) der plötzlich auftretende Schmerz,

2) die Erscheinungen einer innern Haemorrhagie,

3) Uterinblutungen,

4) die Bildung eines Beckentumors,

5) das Fehlen von Fieber.

Der Verlauf der Hæmatocele ist ein verschiedener. Nachdem die stürmischen Erscheinungen, wenn solche vorhanden, sich gelegt und die Peritonitis abgelaufen, tritt die Krankheit aus dem akuten Stadium in das chronische; die Schmerzen nehmen ab, Temperatur und Puls, wie auch alle gestörten Funktionen, werden allmälig wieder normal; die Anæmie bessert sich, das ballonirte Abdomen wird kleiner; der nach und nach härter gewordene Tumor verschwindet oder lässt nur geringe Ueberbleibsel in Form von bindegewebigen Strängen zwischen Uterus und Rectum. Diese spontane Heilung, dieser günstige Ausgang in Resorption tritt fast immer, und besonders bei kleinern Bluttumoren, ein, weil das Blut in diesen Fällen leicht vom Peritoneum aufgesaugt werden kann. Ist die Geschwulst aber bedeutend, der Blutverlust ein hochgradiger, die peritonitischen Erscheinungen sehr ausgesprochen, so kann zwar auch noch Heilung, aber auch der Tod erfolgen.

Ein anderer Ausgang der Hæmatocele ist der in Entzündung, Eiterung oder Verjauchung. Auch in diesen Fällen kann Heilung eintreten, wenn ein günstiger Durchbruch des Tumors in das Rectum oder in die Vagina stattfindet. Gelegentlich kann der Durchbruch in Rectum und Vagina zu gleicher Zeit zu Stande kommen, wie in unserm Fall XIII und in einem Fall von Denonvilliers. [1])

Ist die Eiterung eine langdauernde, so können die Patientinnen schliesslich an hektischem Fieber und an Maras-

[1]) Société de chir., 4 Juin 1854.

mus zu Grunde gehen; bei der Verjauchung liegt die Gefahr einer purulenten Infection sehr nahe.

Oft glaubt man, die Hæmatocele sei vollständig abgelaufen, und plötzlich kommt, vielleicht zur Zeit einer Menstruation, ein neuer Anfall, dem erstern ganz ähnlich. Diese Nachschübe oder Recidive der Hæmatocele sind nicht sehr selten. Huguier constatirte einen Fall, Voisin und Olshausen deren je drei; letzterer sah sogar bei einer Patientin in drei auf einander folgenden Jahren eine Hæmatocele entstehen.

Auch aus den Residuen der Hæmatocele, aus den zurückgebliebenen Strängen kann eine Blutung entstehen; so war in unserm Fall XIV von Ueberbleibseln einer Hæmatocele wahrscheinlich eine neue Entzündung im Douglas'schen Raum mit Bildung eines Exsudats entstanden.

In den meisten Fällen hinterlässt der Bluterguss keine nachtheiligen Folgen; die gestörte Menstruation kann sogar wieder normal werden, hie und da aber auch gestört bleiben. Tritt die Menstruation während der Reconvalescenz ein, so soll dieser Umstand von einem günstigen Einfluss auf die Resolution des Tumors sein.

Häufig muss gewiss, da die Ovarien bei der Hæmatocele sehr oft erkrankt sind, Sterilität nach derselben entstehen; ein Factum, das nur schwer nachzuweisen ist, da die Aerzte meist ihre Patientinnen aus den Augen verlieren.

Von unsern Fällen hatten 8 geboren; drei, welche vor der Hæmatocele an Oophoritis erkrankt waren, waren steril. Ob unsere Frauen nach der Heilung der Hæmatocele noch geboren, ist uns unbekannt.

Alle unsere Fälle nahmen einen günstigen und, zwei ausgenommen, raschen Verlauf; von diesen zweien war der erste (Fall I) mit Pneumonie und Rheumatismus complicirt und dauerte 5 Monate; der zweite (Fall VII) mit

Oophoritis, Hysterie und Melancholie dauerte 8 Wochen. Als Krankheitsverlauf ergibt sich im Mittel für jede unserer Hæmatocelen eine Zeitdauer von circa $5^1/_2$ Wochen. In dieser Zeit pflegen wenigstens die lebhaften subjectiven Beschwerden zu verschwinden. Die Resorption des ganzen Tumors dauert je nach der Grösse verschieden lang, jedenfalls Monate.

Andere Autoren kommen nicht zu diesem Resultate, sondern halten die Krankheit für eine langwierige, oft mehrere Monate, bis zu einem Jahr dauernde. Voisin z. B. nimmt im Mittel vier Monate für den Verlauf einer Hæmatocele an.

Prognose und Therapie.

Fast alle Autoren einigen sich dahin, dass die Beckenblutergüsse, obschon schwere Erkrankungen, doch keine ungünstige Prognose haben; diejenige der extraperitonealen Blutergüsse oder Hæmatoma periuterinum soll, nach Kuhn, wegen des leicht zu Stande kommenden Durchbruchs in die Bauchhöhle weniger günstig sein, als die der intraperitonealen.

Die meisten Hæmatocelen kommen durch Resorption zur Heilung, oder nehmen, meist durch Perforation in's Rectum und in die Vagina, einen günstigen Weg nach aussen.

Bisweilen aber verlaufen sie auch tödtlich in Folge des hochgradigen Blutverlustes, der heftigen Peritonitis, des ungünstigen Durchbruchs, oder einer putriden Infection.

Liegen anderweitige Erkrankungen der Genitalsphäre vor, wie z. B. Menstruations-Anomalien, chronische Entzündungszustände des Uterus, der Ovarien, atheromatöse Degeneration der Gefässe, Venenectasien u. s. w., so wird

die Prognose auch dadurch verschlimmert; ebenso durch die Folgezustände der Hæmatocele, denn es hinterbleiben jeweilen in Folge der restirenden Adhäsionen, Lageveränderungen des Uterus, Sterilität, Dysmenorrhoe, Verlöthungen von Darmschlingen unter einander oder mit den Beckenorganen, Circulationsstörungen, sogar Recto- und Cystocele.

Wie durch intercurrirende Krankheiten eine Hæmatocele einen langwierigen Verlauf nehmen kann, zeigt unser Fall I. Zu der an sich schon gefährlichen, hochgradigen Hæmatocele traten verschiedene Complicationen, wie eine Bronchopneumonie, welche das Leben der Patientin gefährdete und sich sehr in die Länge zog, dann ein Rheumatismus articularis acutus, später leicht pyämische Erscheinungen und Symptome einer Thrombose; in Folge dem musste Patientin 5 Monate im Spital bleiben, während die Hæmatocele schon nach circa 6 Wochen abgelaufen war.

Im Fall VII litt Patientin schon vor Beginn der Hæmatocele, besonders während der Periode, an hysterisch-maniakalischen Anfällen, welche wahrscheinlich mit einer Oophoritis in Zusammenhang waren. Auch im Verlaufe der, während der Entzündung des Ovariums entstandenen, Hæmatocele trat der vorhin erwähnte, « eigenthümlich melancholisch-hysterische Zustand » ein. Winkel[1]) beobachtete ebenfalls eine an Hæmatocele leidende Kranke, welche wegen grosser Unruhe und zahlreichen Hallucinationen auf die Irrenanstalt verlegt werden musste, wo sie bald in eben dem Grade, als der Tumor abnahm und die Kräfte wuchsen, besser ward. In manchen Fällen wird die Prognose auch dadurch verschlechtert, dass eine gewisse Prädisposition zu Blutextravasaten vorzuliegen scheint, oder dass aus den Residuen einer Hæmatocele nachgehends Blu-

[1]) Pathol. d. Wochenbettes, p. 408.

tungen auftreten können; so z. B. trat in unserm Fall XIV, schon 7 Wochen nach einer geheilten Hæmatocele eine zweite auf.

Hinsichtlich der **Therapie** waren früher die Ansichten ziemlich getheilt; die Einen rühmten das expectative, die Andern das operative Verfahren, und beide Theile stützten sich auf die erlangten Erfolge und auf die gewonnene Statistik. Letztere aber hat noch keinen ganz bestimmten Werth, weil die bis jetzt gemachten Erfahrungen noch nicht hinreichen, um endgültige Gesetze aufzustellen und weil bis anhin intra- und extraperitoneale Blutergüsse nicht streng auseinander gehalten wurden.

Während nämlich das Hæmatoma periuterinum in den meisten Fällen operativ behandelt werden muss, um den Durchbruch in das Peritoneum zu verhüten, werden intraperitoneale Blutgeschwülste in neuerer Zeit mit Recht expectativ behandelt. Zu diesem Verfahren führte nicht nur die Thatsache, dass die Mehrzahl der Hæmatocelen von selbst günstig verlief, sondern auch die Beobachtung, dass dem operativen Eingriff sehr häufig eine nicht unerhebliche Temperatursteigerung und mehrmals eine heftige Peritonitis mit Tod folgte, ein Beweis, dass schon eine einfache Punktion nicht ohne Gefahr ist.

Aufgabe der Therapie ist, durch ein expectatives Verfahren eine möglichst schnelle Resorption der Hæmatocele zu erzielen. Vor allem verordne man ruhige, horizontale Lage und passende Diät; schon allein dadurch hat man schwere Fälle heilen sehen.

Mittels der Kälte in Form von häufig zu wechselnden lokalen und allgemeinen Umschlägen beugt man weiteren Blutungen vor und bekämpft die peritonitischen Schmerzen und das Fieber. Seyfert sorgt gleich bei Beginn der Krankheit für reichliche Darmentleerung, wodurch die Resorption der Blutextravasate beschleunigt werden soll; es

ist zweckmässig, diese Darmentleerungen mittels kalter Klystiere zu erzielen, um auch dadurch neuen Blutungen entgegen zu steuern. Treten aber dennoch gefahrdrohende Symptome, auf, wie Frostanfälle, starkes Fieber, Schmerzen, starke Spannung und Erweichung des bereits erhärteten Tumors, starker, schmerzhafter Druck auf die umliegenden Organe; ist vielleicht gar eine putride Infection im Anzug, dann schreite man zur Punktion oder Incision. Erstere wird mit einem dicken Troicar ausgeführt; am besten wird es sein, der Punktion, wenn dieselbe nicht hinreicht, gleich eine ergiebige Incision folgen zu lassen, oder mit derselben zu beginnen, um den Blutsack mittels Ausspritzungen vollständig entleeren und reinigen zu können. In unserm Fall I machte Herr Prof. Frankenhäuser die Incision, nach vorausgegangener Punktion im hintern Scheidengewölbe, erst als ein spontaner Durchbruch mit sehr drohenden Symptomen: hohes Fieber 93,7, Puls 120, Resp. 36, dann Abgang von jauchigen Fæcalmassen, aufgetriebenes Abdomen, kurz Zeichen von Verjauchung aufgetreten waren. Sofort entleerten sich circa 500 Cm. schwarzes, verjauchtes, entsetzlich riechendes Blut.

Nachher wurden stündlich desinficirende Einspritzungen durch das Rectum in die Höhle gemacht und die Schnittöffnung jeweilen durch den Finger etwas dilatirt, dabei floss immer viel von der jauchigen Flüssigkeit ab; während der Nacht wurde ein dicker Catheter in die Schnittöffnung gelegt, wodurch ebenfalls viel Flüssigkeit abging. Nach der Operation verschwanden die drohenden Symptome, zum Theil ziemlich rasch, und die Hæmatocele trat in Heilung über.

In unserm Fall XIII erfolgte unter hohem Fieber (39,4) und starken Schmerzen eine spontane Berstung der Hæmatocele sowohl in dieVagina als in das Rectum und es entleerte sich eine im Ganzen geringe Menge von gut

aussehendem, nicht riechendem Eiter. Weder durch die Scheide noch durch den Mastdarm war eine Oeffnung zu fühlen. Einige Tage später wurde eine Incision in die hintere Scheidenwand gemacht und dadurch der Eiterabfluss wesentlich befördert; auch diese Hæmatocele verlief günstig.

Von unsern 14 Fällen waren diese zwei die einzigen, welche einen operativen Eingriff erforderten; alle gingen in einer verhältnissmässig kurzen Zeit in Heilung über.

Die übrige Behandlung war eine rein expectative, symptomatische: Eisumschläge, Opium, Morphiumeinspritzungen zur Linderung der Schmerzen; bei hohem Fieber, Chinin; innerlich Jodkali und äusserlich Jodanstriche zur Beförderung der Resorption des Blutergusses; als sehr zweckmässig sind, diesbezüglich, protrahirte lauwarme Sitz- und Vollbäder, sowie hydropathische Umschläge als resorbirende Mittel sehr zu empfehlen, sobald ihre Anwendung nur möglich.

Man ist noch im Streit, ob man per Rectum oder per Vaginam operiren solle. Credé empfiehlt die Operation per Rectum, da die Natur selbst am häufigsten diesen Weg einschlägt und weil die leicht Putrescenz erzeugende atmosphärische Luft dort am wenigsten schädlich werden kann. Seyfert hingegen empfiehlt die Operation per Vaginam, um den Gefahren der Ulceration und Stricturirung des Mastdarms zu entgehen.

Es lässt sich, glaube ich, in diesem Punkte keine bestimmte Regel aufstellen; es müssen übrigens noch weitere Erfahrungen gesammelt werden, und ebenso ist es nothwendig, dass die intra- und extraperitonealen Blutergüsse, obschon klinisch einander sehr ähnlich, puncto Prognose und Therapie aber ziemlich auseinandergehend, genau unterschieden werden.

Im Uebrigen versteht sich von selbst, dass ein jeder

Fall seine besondere Behandlung verlangt und dass auch hier der Grundsatz von Laborderie seine Anwendung findet:

„Il faut se laisser guider par les circonstances et le génie médical.“

Krankengeschichten.

Fall I. *Kleine rechtseitige Ovarialcyste vom Rectum aus punktirt. (Erster Spitalaufenthalt.)*

Hæmatocele retrouterina (im Spital entstanden). Eröffnung derselben vom Rectum aus. Intercurrirende Pneumonie und Rheumatismus. Heilung. (Zweiter Spitalaufenthalt.)

Aufgenommen den 29. April 1873. — Entlassen den 20. September 1873.

Frau Anna Ganz, Seidenwinderin in Aussersihl, 31 Jahre alt, wurde im 12. Jahre menstruirt. Sie verheirathete sich im 18. Jahre und machte in kurzer Zeit zwei Wochenbette durch. Im 23. Jahre wurde Patientin an einer chronischen Metritis im alten Spitale behandelt, hatte nebenbei breite Condylome mit sehr starkem Fluor und litt beständig an starken Krämpfen im Abdomen. Nach 4 Wochen konnte Patientin das Spital gebessert verlassen. Im Jahre 1871 trat Patientin wegen dieser Krämpfe wieder in's Spital und bei der Untersuchung zeigten sich deutlich fühlbare vergrösserte empfindliche Ovarien. Im hintern Scheidengewölbe fühlt man einen kleinen rundlichen, sehr schmerzhaften Tumor, welcher auf der rechten Seite liegt. Es wird das rechte Ovarium sein, welches ziemlich heruntergedrängt ist und bedeutend vergrössert scheint.

Diagnose: Descensus ovarii dextri. Chronische Oophoritis. Das Ovarium, welches als cystös entartet sich erwies, wurde von Hrn. Prof. Frankenhäuser vom Rectum aus mit einem Troicart punktirt. Einige Wochen später wurde Patientin gesund entlassen.

Zweiter Spitalaufenthalt. Nachdem Patientin das Spital verlassen hatte, traten die Menses ganz regelmässig wieder ein; wie immer waren dieselben spärlich und von den gewöhnlichen Krämpfen begleitet. Später wurden die Menses jedoch unregelmässig, setzten hie und da aus oder wurden ziemlich profus. Sonntag den 27. April, während Patientin einen Spaziergang machte, überfiel sie plötzlich ein heftiges Stechen im ganzen Unterleib, im Mastdarm und in der Blase, so dass sie sich kaum in's Bett schleppen konnte. Stuhlgang ausserordentlich schmerzhaft, kein Blutabgang aus der Scheide. Am 29. liess sich Patientin in's Spital aufnehmen.

Status.

1. Mai. Gut gebautes, seit dem letzten Spitalaufenthalt ziemlich abgemagertes Individuum. Kein Icterus, keine Oedeme, etwas Anaemie, Sensorium frei.

Abdomen etwas aufgetrieben, etwas schmerzhaft bei der Palpation, besonders im linken Hypochondrium. Bei der Percussion kann man keine Dämpfung nachweisen. Die innere Untersuchung ist sehr schmerzhaft. Uterus nach vorn gedrängt. Im hintern Scheidengewölbe fühlt man eine weiche Resistenz. Bei der Untersuchung ist Patientin so empfindlich, dass sie in Ruhe gelassen werden muss.

Subjektive Beschwerden: Beständige Uebelkeit, Erbrechen. Kolossale Schmerzen im ganzen Abdomen, besonders aber in der Blasengegend, im Kreuz und im linken Hypochondrium. Grosses Schwächegefühl, Schwindel, Kopfweh, sehr grosses Durstgefühl, Appetitlosigkeit. Stuhlgang unregelmässig und sehr schmerzhaft.

Temperatur: 37,6 — 37,7, Puls: regelmässig, etwas klein, 106. —

Résumé.

Wahrscheinlich beginnende Haematocele retrouterina. Der Zustand verändert sich, Pat. wird sehr elend, häufiger Brechreiz; gestern ein Mal, heute zwei Mal erbrochen. Abdomen aufgetrieben, so schmerzhaft, dass man Pat. kaum anrühren darf. Vaginaluntersuchung zeigt, dass die Resistenz im hintern Scheidengewölbe an Umfang etwas zugenommen hat, aber immer sehr weich. Temperatur: 37,2—37,5, Puls: elend, sehr klein, Frequenz bis 140.

30. April 1873. Respiration beschleunigt, Frequenz 40. Kein Stuhlgang.

3. Mai. Zustand verschlimmert sich immer mehr.

Abdomen immer aufgetrieben und noch schmerzhafter als gestern. Bei der innern Untersuchung entdeckt man Folgendes:

Der Uterus ist ganz nach vorn gedrängt und tiefer als gestern, der Muttermund ist bloss etwa $1^1/_2$ Zoll vom Scheideneingang entfernt und nach vorn gerichtet. Der Tumor im hintern Scheidengewölbe drängt viel tiefer nach unten und ist viel härter geworden; seine Consistenz ist jedoch immer elastisch. Der Finger wird bei der Vaginaluntersuchung blutig tingirt. Pat. soll jetzt katheterisirt werden. Brechreiz beständig, Zunge halbtrocken, leicht belegt. Pat. ist seit gestern entschieden anaemischer geworden; Facies etwas alterirt, Lippen blass, leicht gelbliches Aussehen. Temp. 36,9. Puls sehr beschleunigt, Frequenz 140—144. Respir. 40. Klagen über hochgradiges Schwächegefühl.

4. Mai. Allgemeinzustand der Patientin ist bedeutend besser.

5. Mai. Die Resistenz im hintern Scheidengewölbe ist etwas tiefer getreten und etwas härter geworden. Subjektives Befinden ordentlich. Temp. 38,9, Puls 136—150, übervoll.

6. Mai. Schmerzen im Abdomen haben bedeutend nachgelassen; auf Druck ist es nicht mehr so empfindlich wie früher.

7. Mai. Patientin hatte eine unruhige Nacht, fand keinen Schlaf; denn es gingen fünf diarrhöische Stühle unwillkürlich ab unter heftigen brennenden Schmerzen im Rectum und Unterleib. Temp. ist heute herunter auf 37,6.

8. Mai. Der Zustand der Patientin hat sich wieder verschlimmert; seit gestern hatte sie wieder fünf ziemlich dünne Stühle. Die Schmerzen im Leibe haben zugenommen. Temp. 39,4. Puls 128—140. Resp. 36.

9. Mai. Patientin hatte eine gute Nacht. Die Schmerzen traten wieder auf. Es gingen einige Male freiwillige Stühle ab. Eine Dämpfung im Abdomen links von der linea alba 3 Finger breit ist nachzuweisen.

10. Mai. Schmerzen etwas vermindert. Das Blut im Douglas'schen Raum fängt an zu coaguliren. Temp. in fortwährendem Sinken begriffen.

12. Mai. Die Blase ist ganz nach unten und links gedrängt. Die dreifingerbreite Dämpfung oberhalb der Symphyse ist bei der Palpation sehr empfindlich und schmerzhaft und bietet eine ziemliche Resistenz dar. Bei der innern Untersuchung fühlt man vorderes und hinteres Scheidengewölbe sammt dem Uterus stark

heruntergedrängt; die Resistenz im hintern Scheidengewölbe ist bedeutend härter geworden.

14. Mai. Seit gestern ist eine äusserst empfindliche Stelle ungefähr 2 Finger oberhalb des rechtseitigen Ligam. Pouparti zu fühlen; man könnte annehmen, dass das Exsudat zum Durchbruch neigt. Pat. hat dabei immer hohes Fieber.

16. Mai. Die gedämpfte Stelle ist nicht mehr so empfindlich wie vorgestern. Fortwährend hohes Fieber.

18. Mai. Patientin klagt über Engigkeit, heftige Schmerzen, bevor sie Stuhl hat. Die gedämpfte Stelle am Abdomen ist nicht mehr so empfindlich. Das Scheidengewölbe wird noch immer mehr heruntergedrängt.

20. Mai. Subjekt. Befinden recht ordentlich. Die Dämpfung oberhalb der Symphyse ist nicht so gross, es scheint als ob sich das Blut etwas zusammengezogen habe.

22. Mai. Temperatur ist nicht mehr über 38,9 gestiegen, heute nur 36,5. Subjektives Befinden bessert sich zusehends.

24. Mai. Da sich im Tumor deutliche Fluctuation zeigt, wird im hintern Scheidengewölbe eine Punktion gemacht; es entleeren sich einige Tropfen dunkles Blut, die Diagnose auf Haematocele ist gesichert.

25. Mai. Patientin hat seit gestern wieder hohes Fieber, bis 39,5.

27. Mai. Patientin hat beständiges Fieber, einmal bis auf 40,6. Der Stuhl geht unwillkürlich ab. Patientin klagt über heftige Schmerzen im Abdomen.

29. Mai. Seit gestern empfindet Patientin stechende Schmerzen im linken und rechten Schultergelenk; die Venen sind dort etwas injicirt. Gelenke auf Druck schmerzlich: Rheumatismus articularis. Fortwährendes Fieber, 38,3—39,4.

30. Mai. Patientin liegt ziemlich apathisch da und zeigt ein schläfriges Wesen; sie muss ziemlich oft husten und klagt dabei über Schmerzen auf der rechten Seite; bei der Untersuchung ergibt sich eine Dämpfung unterhalb der Scapula rechterseits. Die Respiration ist sehr frequent, 40. Fortwährendes Fieber bis 39,7; Puls 124. Keine Rheumatismen mehr.

31. Mai. Patientin hat heute morgen plötzlich nur 36,4° Temperatur; sie sieht ziemlich collabirt aus.

1. Juni. Der Stuhl, welchen Patientin immer unter sich gehen lässt, riecht sehr übel, wie nach Jauche.

2. Juni. Patientin fiebert immer, Temp. bis 39,7, Puls 120,

Respir. 36. Während der Nacht floss viel Stuhl ab, welcher ganz schwarz aussieht und sehr jauchig riecht. Patientin ist ziemlich somnolent, Abdomen etwas aufgetrieben. Heute Nachmittag eröffnet Hr. Prof. Frankenhäuser durch den Mastdarm die Hæmatocele im Douglas'schen Raum. Es entleeren sich ca. 500 Ccm. schwarzes verjauchtes Blut, welches einen entsetzlichen Geruch verbreitet. Nachher werden stündlich Einspritzungen von lauwarmem Wasser in den Mastdarm gemacht und die Schnittöffnung jeweilen durch den Finger etwas dilatirt. Dabei entleert sich jedesmal ziemlich viel von der jauchigen Flüssigkeit. Temp. Abends 39,6, Puls 124, Respir. 36.

Patientin wird auf die Puerperalabtheilung gebracht. Während der Nacht floss immer Jauche ab. Heute Morgen wird der Schnitt wieder dilatirt; es entleeren sich wieder ca. 200 bis 300 Ccm. der Flüssigkeit. Das Abdomen ist beträchtlich kleiner geworden und eingesunken. Temp. 37,6.

4. Juni. Es fliesst fortwährend jauchiges Blut ab, namentlich wenn die Einspritzungen gemacht werden. Während der Nacht wird ein dicker Katheter in die Schnittöffnung eingelegt, wodurch einige 100 Ccm. Flüssigkeit abgehen. Patientin liegt ziemlich somnolent da.

5. Juni. Der Katheter wurde gestern den Tag über entfernt; es floss immer ziemlich viel jauchiges Blut ab. Wenn der Schnitt durch den Finger eröffnet wurde, kamen ganze Klumpen coagulirten Blutes heraus. Temp. gestern Abend 39,5, Puls 116, Respir. 36. Patientin kann den Stuhlgang ganz gut halten; heute Morgen hatte sie einen mässig dicken Stuhl, ohne Blut vermischt, ohne Schmerzen.

6. Juni. Es fliesst nichts mehr aus dem Douglas'schen Raum; Stuhl ziemlich regelmässig und massenhaft, ohne Blut.

7. Juni. Temp. stieg gestern bis 38,6, Puls 112. Blut geht gar keines mehr ab.

8. Juni. Patientin klagte gestern Mittag auf einmal über Frieren. Temp. stieg plötzlich auf 40,3, Puls sehr klein, fadenförmig, 152. Respir. 52. Patientin sieht dabei sehr erhitzt aus, Sensorium ist nicht ganz frei. Abends sank die Temperatur auf 37,6. Patientin musste die ganze Nacht ziemlich stark husten und hat serös-eitrigen Auswurf; über dem Thorax hört man bronchiales Athmen; besonders rechts feuchtes Rasseln (Bronchitis). Heute Morgen Temp. 40,0, Puls 128, klein, Respir. 36. Patientin ist wieder vollkommen klar. Da solches Fieber vor-

handen, wird der Douglas'sche Raum noch einmal untersucht; der Schnitt ist noch offen, aber aus der Höhle entleert sich gar nichts mehr.

Der Kürze wegen geben wir folgendes Résumé von dem übrigen Verlaufe dieses Falles:

Aus der Schnittwunde entleerte sich später noch einige Male dunkelgefärbtes jauchiges Blut, worauf immer ein Temperaturabfall stattfand. Vom 23. Juni an aber wurde die Schnittwunde nicht wieder eröffnet und es fand von da an kein Blutabgang mehr statt.

Auch die Lungenerscheinungen besserten sich nach und nach, obschon dieselben zweimal einen sehr bedenklichen Charakter angenommen hatten. Am 25. Juni klagte Patientin über stechende Schmerzen im linken Fussgelenk: dasselbe ist ziemlich stark angeschwollen, verdickte Venenstränge sind aber keine nachzuweisen. Allmählig besserte sich der Zustand der Patientin, obschon der Rheumatismus und die Erscheinungen seitens der Lunge einen annähernd chronischen Charakter angenommen hatten.

Am 20. Aug. befindet sich Pat. recht wohl, sie ist beinahe den ganzen Tag ausser Bett und einen Monat später (20. Sept.) verlässt sie, fast gänzlich hergestellt, das Spital nach einem Aufenthalt von beinahe 5 Monaten.

Fall II. *Rechtseitige Oophoritis mit secundärer Hæmatocele. Heilung.*

Aufgenommen: 15. Oktober 1873. — Entlassen: 24. November 1873.

V. V., 27 Jahre alt, Dienstbote in Albisrieden, war gesund bis zur Zeit der ersten Menstruation; dieselbe trat im 13. Jahre ein, hielt oft 8 Tage, einmal sogar 6 Wochen lang an und kam manchmal alle 14 Tage wieder. Patientin hatte nie Schmerzen, weder vor, noch während derselben. Zu wiederholten Malen litt Patientin an Bleichsucht. Im 19. Jahre setzten die Menses einmal 8 Wochen lang aus, erschienen aber wieder unter Abgang von Klumpen. Patientin glaubte sich gravid, es war aber dem nicht also. Zu dieser Zeit lag Patientin ca. 6 Wochen im Neuen Spital auf der syphilitischen Abtheilung; in der rechten Leistengegend ist eine grosse Narbe eines aufgeschnittenen Bubo. Die Menses kamen dann wieder regelmässig alle 14 Tage, wie früher, bis zum 21. Jahre. Nach einer Nacht, als Pat. den Coïtus

ausgeübt und wie es scheint, verschiedene Gläser Absinthium getrunken, trat eine Blutung ein, welche 8 Wochen lang anhielt. Pat. kam dazumal in Lyon in's Spital auf die syph. Abtheilung, wegen eines Schankers, anno 1868. Es sollen mit dem Blut hie und da ganze Fetzen abgegangen sein. Als sie nachher als Nähterin wieder ihrer Arbeit nachging, begegnete es ihr öfter, dass sie vor der Periode einen Ohnmachtsanfall bekam. Sie gibt an, dass die Krämpfe ihre Glieder ganz streckten und verdrehten. Wenn die Menses dann kamen, besserte sich jeweilen der Umstand; dies dauerte ungefähr 2 Jahre lang. Ueber Schmerzen im Leibe hatte sie dazumal nie zu klagen, nur hie und da Magenbrennen und Kopfweh. Seit beinahe einem Jahre hat Pat. ihre Perioden gar nicht mehr. Dieses Verschwinden der Menses trat ohne besondere Erscheinungen ein. Vor 4 Wochen hatte Pat. wieder einige Blutspuren. Letzten Freitag verspürte sie dann plötzlich heftige Schmerzen im Leibe, hauptsächlich in der rechten Iliacalgegend und im Kreuz (post excessum in venere), was sie veranlasste, das Spital aufzusuchen. (Pat. ist, wie es scheint, puella publica und ihre Angaben jedenfalls unsicher.)

Status. 18. Oktober. Sehr kräftig gebautes, gut genährtes Individuum, mässige Anæmie. In der rechten Schenkelgrube eine 6 Cm. lange Narbe, welche von früheren Incisionen wegen bubo inguinalis herrührt. Abdomen nicht aufgetrieben. In der l. Iliacalgegend geringe Dämpfung mit Schmerzhaftigkeit; sonst nirgends Tumoren. Scheideneingang sehr gross; man fühlt den leicht antevertirten und nicht vergrösserten Uteruskörper, Länge 6 Cm. Rechtes Scheidengewölbe ziemlich frei, linkes und hinteres dagegen mit einem ziemlich harten, glatten, schmerzhaften Tumor gefüllt. Bei der Spekularuntersuchung sieht man den kleinen, glatten Muttermund, keine Erosionen. Scheide ziemlich faltig, nicht injicirt.

Subj. Beschwerden: Schmerzhaftigkeit in beiden Iliacalgegenden, besonders links. Geringes Kopfweh; Stuhlgang unregelmässig, hart und meistens mit ziemlich heftigen Schmerzen begleitet. Temp. bei Spitaleintritt bis 39,0, später 37,4 u. 38,6, seit gestern Fieberlosigkeit, Puls ruhig, regelmässig 92.

Résumé: Haematocele retrouterina?

Okt. 23. Pat. befindet sich subj. zieml. gut, Abdomen ist nicht mehr schmerzhaft. Auch der sehr harte Tumor ist weniger schmerzhaft. Temp. und Puls normal. Der Tumor wird entschieden kleiner.

28. Okt. Stat. gut. Pat. steht täglich auf.

30. Okt. Pat. wurde gestern der Klinik vorgestellt und die Diagnose ziemlich sicher festgestellt auf rechtseitige Oophoritis mit secundärer Haematocele.

3. Nov. Pat. hatte gestern Nacht einen hysterischen Anfall; sie weinte und lachte und warf sich im Bett hin und her. Sonst Status gut.

13. Nov. Status gut. Die Hæmatocele verkleinert sich. Aus dem Uterus fliesst eine zieml. starke Menge eitriger Flüssigkeit ab, ohne Schmerzen.

20. Nov. Stat. id. Es besteht immer noch eitriger Ausfluss ohne Schmerzen; der Tumor wird immer kleiner, ist aber noch zu fühlen.

Fall III. *Hæmatocele retrouterina. Oophoritis sinistra. Heilung.*

Aufgenommen den 8. Dezember 1873. — Entlassen den 24. Februar 1874.

Anna Walpert, Magd in Zürich, ist gegenwärtig 23 Jahre alt; sie war früher immer gesund und wurde im 17. Jahre menstruirt, von da ab regelmässig alle 3 Wochen ca. 4 Tage lang schwach, am ersten Tage mit stechenden Schmerzen. Vor 17 Tagen, als die Menses zur richtigen Zeit eintraten, fühlte Pat. ein Frösteln und plötzlich einen stechenden Schmerz im Unterleib, so dass sie im Bett bleiben musste. Nach 2 Tagen stand Pat. wieder auf, trotzdem die Schmerzen, wenn auch nicht mehr so heftig, fortdauerten. Die Periode war diesmal viel stärker als früher und hielt volle 14 Tage lang an. Nach diesem Anfall fühlte sich Pat. sehr schwach und bekam oft Schwindel und Ohnmachtsanfälle. Einige Tage nachher empfand Pat. auch Schmerzen beim Stuhl; dies und die anhaltenden Schmerzen im Unterleib veranlassten Pat. in's Spital einzutreten.

Status. Gut gebautes, sehr gut genährtes, blühend aussehendes Indiv.; Spur von Anæmie; Abdomen nicht aufgetrieben, etwas Schmerzhaftigkeit bei starkem Druck in der l. Iliacalgegend; an dieser Stelle geringe Dämpfung. Keine Tumoren zu fühlen. Uterus etwas tief stehend, Uteruslänge $6^1/_2$ Cm. Im hintern Scheidengewölbe eine zieml. harte höckrige Resistenz; im linken Scheidengewölbe eine runde, sehr schmerzhafte und nicht bewegliche Geschwulst. Vorderes Scheidengewölbe frei,

im rechten ein kleiner schmerzhafter Strang. Uterus mässig nach vorn gerichtet.

Subj. Beschwerden: Schmerzen im Abdomen, stechendes Gefühl im linken Hypochondrium, hie und da strahlen die Schmerzen in's linke Bein aus.

Temp. 37,1—38,6, Puls ruhig, regelmässig 92.

Résumé: Haematocele retrouterina nebst linkseitiger Ovarialanschwellung.

Pat. bekommt einen Anflug von icterischer Färbung; sie hat Schmerzen in der Lebergegend. Bei der innern Untersuchung fühlt man auch das rechte Ovarium angeschwollen und schmerzhaft. Abends immer Temp.-Erhöhung, 38,1—38,6.

22. Dez. Pat. ist seit einigen Tagen fieberlos; sie hat auch weniger Schmerzen.

29. Dez. Status ordentlich; bald rechts, bald links etwas Schmerzhaftigkeit im Abdomen. Bei der innern Untersuchung fühlt man die Tumoren viel weniger deutlich; die Ovarialanschwellung hat bedeutend abgenommen.

5. Jan. 1874. Pat. klagt wieder über mehr Schmerzen im Abdomen. Das r. Ovarium ist wieder bedeutend geschwellt.

16. Jan. Pat. hat weniger Schmerzen als früher; der innere Befund ist ungefähr derselbe.

29. Jan. Seit 2 Tagen hat Pat. wieder mehr Schmerzen das rechte Ovarium ist wieder stärker angeschwollen.

4. Febr. Pat. fühlt sich ordentlich wohl. Von der Hæmatocele ist nichts mehr zu fühlen, wohl noch das rechte Ovarium angeschwollen und empfindlich.

12. Febr. Pat. hatte vom 8. bis 11. ihre Menses; sie verspürte dabei wieder zieml. starke Schmerzen in beiden Iliacalgegenden.

22. Febr. Pat. wurde unterdessen wieder einmal klinisch vorgestellt; die Ovarialanschwellung hat bedeutend abgenommen. Temp. normal. Subj. Befinden ziemlich gut.

Fall IV. *Hæmatocele retrouterina. Heilung.*

Aufgenommen: den 7. Oktober 1873. — Entlassen: den 28. Oktober 1873.

Albertine Wyss, Kellnerin in Wädensweil, 22 Jahre alt, war als Kind nicht sehr gesund. Im 18. Jahre wurde Patientin menstruirt, regelmässig alle 4 Wochen und sehr stark. Jeweilen 1 Tag vor dem Eintritt der Periode verspürte Pat. eine grosse

Müdigkeit, und Schmerzen im Kreuz, welche manchmal mit dem Fliessen des Blutes verschwanden, öfter aber nicht. Vor 4 Wochen, zur Zeit als Patientin ihre Periode hatte, erkältete sie sich, indem sie als Kellnerin auf dem Dampfschiff, während einer kalten, regnerischen Nacht in der Kajüte schlief. Die Menses sistirten dann plötzlich, worauf Pat. heftige Schmerzen im Unterleib bekam; auch fiel ihr auf, dass der Stuhlgang mit grosser Mühe und heftigen Schmerzen vor sich ging. Nach 8 Tagen floss wieder Blut aus der Scheide ab und seither bis jetzt zieml. viel ohne Unterbruch. Pat. fühlte sich dadurch nicht im Geringsten erleichtert: die Schmerzen dauerten fort, Pat. kam an Kräften herunter und konnte ihrer Arbeit nicht mehr nachgehen, so dass sie das Spital aufsuchte. Von Fiebererscheinungen will Pat. nichts wissen.

Status. 8. Okt. Gut gebautes, gut genährtes Indiv., mässige Anaemie: Abdomen nicht aufgetrieben: geringe Schmerzhaftigkeit der l. Iliacalgegend. Schall überall tympanitisch, nur links tymp. gedämpft. Bei der innern Untersuchung fühlt man einen sehr weiten Scheideneingang. Uteruskörper scheint leicht vergrössert. Scheidentheil median liegend, Muttermund glatt, als kleines Grübchen zu fühlen. Im l. und hintern Scheidengewölbe eine zieml. harte schmerzhafte Resistenz. Beim Spitaleintritt zieml. heftiger Blutabgang, gegenwärtig bloss Blutspuren.

Subj. Beschwerden: Wechselnde Bauchschmerzen, etwas Schwäche und Müdigkeitsgefühl. Appetit gering: Stuhl zieml. retardirt, dabei hat Pat. Schmerzen im l. Hypochondrium, sowie beim Urinlassen. Temp. 36,1—37,2, Puls unregelmässig, etwas klein, Frequenz 72.

Résumé: Haematocele retrouterina.

10. Okt. Durch die Scheide geht kein Blut mehr ab: Temp. ganz normal. Am Abdomen ist keine Dämpfung nachzuweisen.

13. Okt. Pat. hatte die beiden letzten Tage Temp. bis 38,2 Abends; jetzt Temp. normal. Der Tumor ist härter geworden.

20. Okt. Abdomen nicht mehr aufgetrieben und nicht mehr schmerzhaft, kein Fieber. Pat. hat regelmässig Stuhlgang ohne Beschwerden; sie steht täglich auf.

25. Okt. Der Tumor im hintern Scheidengewölbe ist beinahe verschwunden; man fühlt nur noch eine kleine schmerzhafte Resistenz im l. hintern Scheidengewölbe, ungefähr einem

vergrösserten linken Ovarium entsprechend. Die Oberfläche des Tumor fühlt sich ganz uneben, stellenweise fast körnig an.

Fall V. *Hæmatocele retrouterina. Heilung.*

Aufgenommen: den 28. März 1873. — Entlassen: den 11. Mai 1873.

Margaretha Naumann, Seidenwinderin, 32 Jahre alt, machte als Kind die Varicellen und eine Meningitis durch. Im 14. Jahre traten die Menses ein, kaum merklich und ohne Beschwerden. Patientin war einige Jahre hindurch chlorotisch. Mit 20 Jahren verheirathete sie sich; in ihrem ersten Wochenbett hatte sie bedeutende Blutverluste. Bald stellten sich die Menses wieder ein und zwar sehr profus. Später machte sie drei Abortus durch. Eine Zeit lang, vor circa 4 Jahren will Pat. im Abdomen zwei wallnussgrosse Tumoren gefühlt haben; sie litt häufig an starkem Meteorismus, und in der letzten Zeit an stechenden Schmerzen auf der rechten Seite, so dass Pat. das Spital aufsuchte.

Status: Gut gebautes, ordentlich genährtes Indiv.; keine Anæmie; Abdomen nicht aufgetrieben. In den untern Parthien gegen die Kreuzbeinhöhle zu, geringe Resistenz und Schmerzhaftigkeit. Bei der innern Untersuchung fühlt man im hintern Scheidengewölbe eine harte, glatte, schmerzhaft sich bis in das linke, vordere Scheidengewölbe erstreckende Geschwulst. Uteruskörper nicht verlängert, schwerbeweglich, Muttermund für den Finger geöffnet. Subj. Beschwerden: etwas Schwächegefühl. Temp. 37,4—38,8, Puls ziemlich kräftig, mittelvoll 80.

Résumé: Haematocele retrouterina.

6. April. Status id. Stuhl immer retardirt.

20. April. Der Tumor hat sich entschieden verkleinert, an dessen oberem Ende fühlt man eine scharfe Kante. Pat. klagt immer noch über Schmerzen in Folge des trägen Stuhlganges.

1. Mai. Der Tumor ist immer noch ein wenig schmerzhaft: ungefähr noch wallnussgross, Uterus ziemlich beweglich. Subj. Befinden gut.

9. Mai. Pat. klagt wieder über Schmerzen. Man fühlt das Rectum mit Scybala gefüllt.

11. Mai. Pat. wird gebessert entlassen.

Fall VI. *Hæmatocele retrouterina. Besserung.*

Aufgenommen: den 12. Januar 1875. — Entlassen: den 2. Februar 1875.

Frau Mar. Kaufmann, 26 Jahre alt, war in ihrer Kindheit immer gesund; in ihrem 14. Jahre bekam sie die Periode, welche von da an ca. alle 30 Tage regelmässig, mässig stark, 3—4 Tage anhaltend, vollkommen schmerzlos auftrat. In ihrem 19. Jahre heirathete Pat. Sie hat nie geboren; seit ihrer Verheirathung blieb die Periode normal, wie vorhin. Den 24. Dezember bekam Pat. ihre Menses; 8 Tage lang floss das Blut, an einem Tag stärker, am andern wieder schwächer. Dabei traten hin und wieder leichte Schwindelanfälle, jedoch keine Ohnmacht auf. Pat. hatte damals auch über Kreuzschmerzen und Schmerzen meist unter der rechten Iliacalgegend zu klagen. Es bestand keine Dysurie. Den 31. Dez. wurde Pat. ohnmächtig; den 1. Jan. trat wieder eine heftige Metrorrhagie auf, die bis zum Eintritt der Pat. in's Spital, den 12. Jan. 1875, anhielt.

Status: Gut gebaute, schwach anæmisch aussehende Frau. Temp. 36,8—37,6. Abdomen nicht aufgetrieben, nirgends schmerzhaft; keine Resistenzen zu fühlen. Bei der innern Untersuchung zeigt sich der Uterus anteponirt und antevertirt; Scheidentheil klein, virgil. Das hintere Scheidengewölbe ist ausgefüllt und heruntergedrängt durch einen ziemlich harten, nicht schmerzhaften Tumor. Er stellt einen vollständigen Abguss des Dougl. R. dar und umgreift den Uterus beiderseits nach vorn, so dass er Nierenform angenommen hat. Er ist nach unten glatt und nicht höckrig, wie Exsudatschwarten anzufühlen. Der Uterus ist in seiner Beweglichkeit ziemlich beschränkt. Von aussen macht der Tumor keine Prominenz, sondern er hat gleiches Niveau. Stuhl retardirt und mit Schmerzen verbunden. Subj. Beschwerden jetzt sehr gering, während früher Leib- und Kreuzschmerzen vorhanden gewesen waren. Im rechten Scheidengewölbe fühlt man das Ovarium.

Résumé: Haematocele retrouterina.

28. Januar. Der Tumor hat abgenommen. Kein Schmerz mehr, die Periode, die den 24. hätte eintreten sollen, ist diesmal retardirt. Subj. Befinden gut. Pat. ist den ganzen Tag auf.

Fall VII. *Anteflexio uteri. Oophoritis sinistra. Hysteria und Melancholia. Hæmatocele intercurrens. Heilung.*

Aufgenommen: den 3. Aug. 1872. — Entlassen: den 26. Okt. 1872.

(Die Anamnese konnte erst etwas spät aufgenommen werden,

weil bis vor Kurzem die Patientin in einem theilweise soporösen, theilweise sehr aufgeregten hysterischen Zustand war.)

Frau Lis. Scheuermeyer, Nätherin aus Turbenthal, 26 Jahre alt, machte als Kind eine Pneumonie und ein Scharlachfieber durch. Vom 12. Jahre an erst fühlte sie sich etwas gestärkt und wohl, nachdem sie sonst von Jugend auf stets kränkelte. Mit 15½ Jahren bekam sie einen sehr starken hysterischen Anfall, der etwa 8 Tage dauerte. Sie war während dieser Zeit sehr aufgeregt, weinte oft lange und schlief viel. Ein zweiter ähnlicher Anfall, der aber etwas schwächer war, kam ein Jahr später, ein noch unbedeutenderer im 17. Jahre. Zu dieser Zeit zeigten sich auch die Menses. Dieselben waren spärlich, blieben oft 6—8 Wochen aus, dauerten 3—4 Tage und waren schmerzlos. Im 19. Jahre starb ihre Mutter zu einer Zeit, wo Pat. gerade menstruirte; sie will sich über die Zeit etwas zu stark angestrengt haben, und datirt von da an eine nicht besonders stark auftretende Chlorose. Im 22. Jahr verheirathete sie sich und wurde nach 8 Wochen schwanger. Im ihrem ersten Wochenbett fühlte sie eine Zeit lang einen starken Druck nach unten in der Gebärmutter. 4 Wochen nach der Niederkunft hatte sie eine heftige Blutung und von da ab sehr intensive Schmerzen im Abdomen. Im Herbst 1868 kam sie dann wegen eines ulcus am Uterus in den alten Spital. Im Februar 1872 war sie das zweite Mal bei uns wegen ulcus. Geheilt entlassen bekam sie dann vor 11 Wochen bei der Periode einen sehr heftigen hysterischen Anfall, ganz ähnlich dem letzten, der hier beobachtet wurde, nur war Pat. heftiger und selbst zu wahnsinnigen Handlungen aufgelegt. Der Anfall dauerte 8 Tage. 4 Wochen nachher folgte ein zweiter gleicher Anfall. Am 1. August (unmittelbar nach der Periode) half sie eine schwere Kiste heben und bekam dann momentan sehr intensive Schmerzen in der Uteringegend, die nur nach und nach etwas nachliessen und sie zum Eintritt in den Spital veranlassten.

Status. 6. August. Pat. ist ein gut entwickeltes, ordentlich genährtes Individuum. Spur von Anaemie. Eigenthümliches, halb schläfriges, halb melancholisches Wesen. Bei dem Spitaleintritt wollte sie durchaus fortgehen; man musste sie zurückhalten, sonst wäre sie mehrere Mal halb entkleidet aus dem Hause gesprungen. Keine Zuckungen, keine eigentlichen hysterischen Anfälle. Dieser Zustand von Apathie hat sich aber gebessert. Das Abdomen zeigt bei der Inspection nichts Auffallendes,

bei der Palpation ist es überall etwas schmerzhaft, besonders im linken Hypochondrium. Keine Tumoren, keine deutliche Dämpfung. Die innere Untersuchung ergibt einen nach vorn gedrängten Uterus, der ziemlich dickwandig zu sein scheint. Vaginalportion ist lang, der Muttermund eröffnet für die Fingerspitze, im linken Scheidengewölbe fühlt man nach links einen kleinen rundlichen Tumor (Ovarium), die Palpation dieses Tumors erzeugt lebhafte Schmerzhaftigkeit. Uteruslänge 4 Cm., keinen Ausfluss. Subj. Beschwerden: Kopfweh, Schwindel, Appetit gering, Durst nicht vermehrt, beständig etwas Bauchschmerzen. Stuhl etwas angehalten, fest. Temp. beim Spitaleintritt subnormal 35,2—35,4. jetzt steigt sie allmälig bis auf 37,5, Puls regelmässig 80—92.

11. Aug. Pat. klagt über ziemlich heftige Schmerzen im Abdomen. Der Tumor, den man im linken Scheidengewölbe fühlt, hat sich nicht vergrössert, ist aber sehr schmerzhaft.

13. Aug. Das Sensorium ist viel klarer geworden. Abends gewöhnlich etwas Fieber bis 38,5 und Schmerzhaftigkeit im Abdomen. Bei der Untersuchung zeigt sich das linke Ovarium eher grösser als früher; man fühlt es sehr deutlich im linken Scheidengewölbe, die Palpation desselben ist schmerzhaft.

15. Aug. Pat. bekommt ihre Perioden wieder, obgleich dieselben vor $2^1/_2$ Woche vorhanden waren; es fliesst etwas Blut aus den Genitalien.

19. Aug. Pat. hat seit gestern etwas Diarrhoe; im ganzen hat sich der Zustand bedeutend verbessert. Die Schmerzhaftigkeit der innern Untersuchung nimmt ab; man fühlt das linke Ovarium immer noch angeschwollen.

22. Aug. Bei der gestrigen Untersuchung zeigt sich im hintern Scheidengewölbe eine ziemlich harte Resistenz, die früher durchaus nicht vorhanden war; diese Resistenz ist schmerzhaft: es hat sich also während der Zeit der Periode eine Haematocele gebildet. Abends hie und da leichte Temperatur-Erhöhung, gewöhnlich 38,0.

28. Aug. Die Hæmatocele wird entschieden kleiner; das linke Ovarium scheint etwas weicher als Anfangs der Krankheit zu sein; es ist immer sehr schmerzhaft bei der Berührung, jedoch weniger als früher.

2. September. Seit vorgestern Abend befindet sich Pat. wieder in ihrem melancholisch-hysterischen Zustand. Die innere Untersuchung ergibt, dass die Hæmatocele sich fast ganz zurück-

gebildet hat. Linkes Ovarium scheint weniger gross zu sein, immer noch empfindlich. Etwas Diarrhoe.

3. Sept. Pat. reagirt wenig, antwortet langsam und wie gezwungen; die Diarrhoe hat aufgehört. Stuhl sehr unregelmässig vorhanden.

10. Sept. Es geht ziemlich gut, Pat. fühlt sich viel kräftiger.

20. Sept. Pat. klagt heute über lebhafte Schmerzhaftigkeit im rechten Bein; man entdeckt durchaus keine Röthung; die Gelenke sind nicht schmerzhaft bei der Berührung; wir haben es mit einem rheumatischen Leiden zu thun.

28. Sept. Die Schmerzen haben bedeutend nachgelassen; das linke Ovarium ist kleiner geworden. Abends Temp. 37,8.

2. Oktober. Hie und da klagt Pat. über etwas Schwindel; sonst Wohlbefinden.

5. Okt. Pat. bekam am 3. ihre Perioden.

7. Okt. Die Perioden dauern fort, immer etwas «schweren Kopf», aber bei weitem nicht so bedeutend wie bei den frühern Perioden.

9. Okt. Bei der Untersuchung fühlt man den linkseitigen Tumor nicht mehr so deutlich wie früher; dagegen hat man einen Strang, der der Tuba entspricht. Die innere Untersuchung ist nicht mehr schmerzhaft.

15. Okt. Klage über Schmerzen im rechten Bein, welches weder geschwollen noch geröthet ist. Die Schmerzen sind längs des Ischiadicus vorhanden.

23. Okt. Pat. wurde klinisch vorgestellt.

26. Okt. Austritt bedeutend gebessert. Melancholie geheilt.

Fall VIII. *Hæmatocele retrouterina. Heilung.*

Aufgenommen: den 5. November 1873. — Entlassen: den 4. Dezember 1873.

Frau B. B., Hausfrau, wohnhaft in Oberstrass, war früher immer gesund. Menstruirt wurde sie erst im 20. Jahre, regelmässig alle 4 Wochen, etwa 3—4 Tage lang. Pat. verheirathete sich und gebar 7 Kinder ganz normal. Vor 1 ½ Jahren hat sie einen 7-monatlichen Abortus durchgemacht mit nachfolgenden starken Blutungen. Seit der Verheirathung waren die Perioden etwas stärker, aber nie schmerzhaft. Seit einem Vierteljahr leidet Pat. an Schmerzen, hauptsächlich in der l. Iliacalgegend: die 3 letzten Male waren auch die Perioden mit Schmerzen verbunden und

hielten 9—10 Tage lang in einem fort sehr stark an. Pat. gibt an, dass ihr Mann sich an einer Gonorrhoe behandeln lasse, welche er anderswo acquirirt hatte. Sie selbst will nach einem Coïtus, nachdem ihr Mann von dort her gekommen, stärkern Fluor beobachtet haben. Auch traten ihre Beschwerden erst nach dieser Zeit ein.

Status: 10. Nov. Gut gebautes, etwas abgemagertes Indiv. Geringe Anæmie. Abdomen wenig aufgetrieben; ziemlich grosse Schmerzhaftigkeit im l. Hypochondrium und in der Nabelgegend; keine Dämpfung; keine Tumoren zu fühlen. Auch das rechte Hypochondrium ist etwas schmerzhaft bei der Palpation. Bei der innern Untersuchung fühlt man den etwas nach vorn gerichteten Scheidentheil; Muttermund für den Finger geöffnet, ältere Einrisse. Im hintern Scheidengewölbe ein ziemlich harter höckeriger, spitziger, etwas beweglicher Tumor. Die Sonde dringt sehr leicht ein. Uteruslänge 8 Cm. Der Sondenknopf ist immer nach vorn gerichtet und kann nicht nach hinten gebracht werden. Uterus schwer beweglich. Geringer Fluor.

Subj. Beschwerden: Schmerzen im Abdomen u. Kreuz, ungemeines Schwächegefühl; profuse, schmerzhafte Menstruation. Appetit gut. Stuhl regelmässig vorhanden. Urin hellgelb, kein Eiweiss. Temp. normal. Puls ruhig, regelmässig bis 80.

Résumé: Hæmatocele retrouterina.

12. Nov. Pat. wurde gestern in der Chloroformnarkose durch den Mastdarm untersucht, wodurch die Diagnose erst gesichert wurde. Abends hatte sie vorübergehend etwas Temperatur-Erhöhung.

16. Nov. Pat. ist wieder aufgestanden und befindet sich ordentlich.

20. Nov. Pat. klagt wieder über stechende Schmerzen im Abdomen.

27. Nov. Pat. hat hie und da Abends bis 38,0 Temp. Stat. id.

3. Dez. Stat. id. Kein Fieber mehr.

Fall IX. *Hæmatocele retrouterina. Heilung.*

Aufgenommen: den 6. März 1873. — Entlassen: den 28. März 1873.

Frau Barbara Frick, Spetterin in Wiedikon, 32 Jahre alt, war als Kind immer gesund. Eintritt der Menses mit 17 Jahren, regelmässig, ordentlich stark ohne Beschwerden. Erstes Kind mit

23 Jahren; letztes mit 31 Jahren. Wochenbett immer normal. Seit der letzten Geburt Menses regelmässig. Sie will beim letzten Kinde bis auf die Hälfte der Schwangerschaft die Menses alle 4—5 Wochen gehabt haben, wie ausser der Schwangerschaft. Vor 3 Wochen gingen zur Zeit der Menses viele Coagula ab, von wehenartigen, intensiven Schmerzen und Frost begleitet, so dass Pat. nicht gehen konnte. Vorgestern traten die Blutungen neuerdings wieder sehr profus auf. Stechen im Kreuz vermehrt, Menstrualblut schwarz, coagulirt.

Status: Sehr gut genährtes Indiv., gut gebaut, gut aussehend. Abdomen leicht aufgetrieben, etwas schmerzhaft, besonders in der l. Iliacalgegend. Bei der innern Untersuchung fühlt man zuerst einen 3 Cm. langen Schleimpolyp im Scheideneingang. Muttermund etwas nach vorn gerichtet. Im hintern Scheidengewölbe fühlt man einen ziemlich grossen, kantigen, elastischen Tumor, der besonders links am deutlichsten zu fühlen ist. Uterushöhle nicht verlängert. Sonde dringt gerade ein. Keine Retroflexion. Temp. hie und da Abends etwas erhöht, geht jedoch nie über 38,0. Puls regelmässig etwas klein.

Subj. Beschwerden: Schmerzen im Abdomen, besonders in der l. Iliacalgegend. Stuhl ziemlich regelmässig. Appetit gut.

Résumé: Hæmatocele retrouterina.

Fall X. *Hæmatocele retrouterina. Heilung.*

Aufgenommen den 12. Januar 1872. — Entlassen den 28. Februar 1872.

Elisa Krätz, Dienstmädchen aus Affoltern, war früher immer gesund; die Periode trat im 14. Jahre auf, Anfangs alle 3 Wochen bis zum 17./18. Jahre, später alle 4 Wochen, immer stark. Pat. gibt an, noch nie geboren zu haben. Im Mai 1871 bekam Pat. eine profuse Menstruation, welche 14 Tage lang dauerte, dann etwa 8—10 Tage sistirte, um später wieder aufzutreten. Das Blut war Anfangs dünnflüssig, wässerig, später dick und dunkel gefärbt. Dieser Zustand dauerte bis zum August 1871. Mit der profusen Menstruation waren Krämpfe im Unterleib verbunden; dabei Schmerzen im Rücken. Zeitweise hatte Pat. auch Schmerzen in der linken Inguinalgegend, so dass sie dann kaum mehr stehen konnte. Circa 8 Tage vor Neujahr bekam Pat. heftiges Bauchklemmen mit Seitenstechen und Dyspnöe. Später kamen diese brennenden Schmerzen und Zerren auf der linken Seite, verbunden mit Fieber, aufs Neue, weshalb

Pat. in den Spital eintrat. Nachträglich gibt Pat. noch an, dass sie im Winter 1870/71 sich beim Heben eines Fasses stark angestrengt, wonach sie augenblicklich spannende Schmerzen im Unterleib gespürt habe, welche wieder aufhörten, und die sie nicht stark beachtete, bis im Mai die eben geschilderten Erscheinungen eintraten.

Status: Pat. sieht sehr angegriffen aus und klagt über beständige Schmerzen und Krämpfe besonders auf der l. Seite. Nachdem sie etwas genossen, werden diese Krämpfe noch stärker. Das Abdomen ist nicht gedehnt. Die Palpation ist etwas rechts seitlich von der Linea alba, besonders in der Mitte zwischen Nabel und Symphyse, sehr schmerzhaft; ebenso noch mehr rechts gegen die Symphyse hin. Links ist keine Schmerzhaftigkeit. Ein circumscripter Tumor ist aber nicht zu fühlen. Die Percussion zeigt eine Dämpfung auf den schmerzhaften Stellen, namentlich bei etwas tieferem Eindrücken des Plessimeters. Die innere Untersuchung zeigt eine sehr faltenreiche hintere Scheidenwand: vorn eine ausgedehnte Resistenz zwischen vorderer Scheidenwand und Blase. Auch das hintere obere laquear vaginale ist besonders nach links hin resistenter als normal. Die Portio vaginalis ist nach links hin gerichtet und geschwollen, bei der Berührung schmerzhaft. Der Muttermund ist etwas geöffnet. Die Sonde geht ganz nach der rechten Seite hinein, der Uterus zeigt sich dabei etwas verlängert. Die Resistenzen, die man fühlt, sind nicht hart, sondern eben. Urinsecretion ist schmerzhaft; der Stuhlgang ist immer sehr retardirt und ebenfalls schmerzhaft. Temp. in den letzten Tagen am Abend etwas über die normale Höhe. Die Motilität ist dadurch behindert, dass sie beim Gehen durch die Schmerzen im Leib am Aufrichten des Rumpfes verhindert ist.

25. Januar. Die Periode ist eingetreten und ziemlich stark. Pat. hat keine besondern Schmerzen dabei.

2. Febr. Gestern Abend hatte die Pat. äusserst heftige Krämpfe.

3. Febr. Klinisch vorgestellt. Diagnose: Haematocele.

15. Febr. Nachdem Pat. sich längere Zeit ganz wohl und fieberlos befunden, hat sie heute Morgen eine Temperatur von 39,5 und klagt über Schmerzen im Unterleib.

16. Febr. Gestern Abend wieder hohes Fieber, 40 und darüber. Klagen über Schmerzen in den Beinen und im Unterleib. Periode ist gestern Nacht eingetreten.

21. Febr. Die Periode hat wieder aufgehört, das Fieber nachgelassen.

24. Febr. Pat. befindet sich ganz wohl.

Fall XI. *Hæmatocele retrouterina. Heilung.*

Aufgenommen den 3. November 1869. — Entlassen den 25. November 1869.

Regula Albrecht, Fabrikarbeiterin aus Hottingen, unverheirathet, 35 Jahre alt, war als Kind immer gesund. Die Periode trat erst im 19. Jahre auf, von da an bald alle 4 Wochen, bald alle 3 Wochen, bald schwach und bald sehr stark. Vor Eintritt der Periode litt Pat. gewöhnlich an Krämpfen im Abdomen. Vor 4 oder 5 Jahren bekam Pat. eine profuse Blutung zur Zeit der Menstruation, nachdem diese vorher zweimal ausgeblieben war. Das Blut sei dunkelroth, klumpig gewesen. Die Möglichkeit eines Abortus wird energisch bestritten. Seit verflossenem Sommer arbeitet Pat. in einer Fabrik, worin sie an einen Platz nahe bei der Thüre gewiesen war, wo viel Durchzug herrschte. Vor 4 Wochen trank sie sehr kaltes Wasser, gerade zur Zeit, wo die Menstruation eingetreten war. Einige Tage später fing sie an zu frösteln, nachher kamen Schmerzen im Unterleib. Die letzte Menstruation hatte Pat. am Ende der vergangenen Woche. Die Krämpfe im Unterleib wurden nicht stärker, liessen aber auch nicht nach. Pat. wurde mit der Diagnose Haematocele in die gynäkol. Abtheilung geschickt.

Status. 3. November. Pat. hat eine etwas blasse Hautfarbe, sonst keine Zeichen einer allgemeinen Erkrankung. Von eigentlicher Anæmie ist doch nicht zu reden. Das Abdomen ist klein, keine Auftreibung. Bei der Palpation lässt sich kein Tumor durchfühlen, obschon Pat. auf der linken Seite sehr stark über Schmerzen klagt. Die Percussion dieser Stelle ergibt ebenfalls ein Abnehmen des sonor tympanitischen Schalles. Ueber der Symphyse nichts wahrzunehmen. Man dart tief eindrücken, ohne dass die Pat. irgendwie über Schmerzen klagt.

Bei der innern Untersuchung zeigen sich die Scheidenwände rauh und trocken. Die Vaginalportion des Uterus steht tief und ist nach links hin ganz frei, etwa 2—3 Cm. lang. Auch das vordere Scheidengewölbe ist ziemlich leer, nirgends schmerzhaft. Im rechten und rechten hintern Scheidengewölbe ist eine derbe, aber gleichmässig harte Resistenz durchzufühlen, deren Berührung der Pat. starke Schmerzen macht. In dieser Resistenz

nirgends eine weichere Stelle, nirgends Fluctuation. Die Geschwulst ist rundlich und mit ganz kleinen Leisten versehen, sie reicht bis zur Spitze der Vaginalportion hinunter. Will man den Scheidentheil bewegen, so erregt dies wieder Schmerzen. An den Schenkeln nichts Besonderes. Sensibilität und Motilität normal. Kein Fieber. Stuhl vorgestern Morgen ohne Schmerzen, ebenso ist es mit der Urinsecretion. Subjektives Befinden bei ruhigem Liegen vollkommen gut.

Patientin wurde heute klinisch vorgestellt und der im rechten und hintern Scheidengewölbe fühlbare Tumor als Hæmatocele erklärt: 1) wegen des Auftretens während der Menstruation, 2) wegen Fehlen von Fiebererscheinungen, was Para- und Perimetritis ausschliesst, 3) wegen der akuten Entwicklung und 4) wegen der schnellen Abnahme.

Es ist nämlich zu bemerken, dass die Resistenz in besagtem Scheidengewölbe schon beträchtlich abgenommen hat.

13. Nov. Die Resistenz ist beinahe verschwunden.

17. Nov. Kein Fieber, keine Schmerzen, vollkommenes Wohlbefinden.

25. Nov. Vollkommenes Wohlbefinden. Bei der innern Untersuchung keine Resistenz mehr nachzuweisen.

Fall XII. *Hæmatocele retrouterina. Heilung.*

Aufgenommen: den 15. Juli 1871. — Entlassen: den 25. August 1871.

Frau Spörri, 41 Jahre alt, Weberin aus Wädensweil, war in ihrer Jugend immer gesund. Im 16. Jahre traten die Menses zum ersten Male auf, dieselben kehrten regelmässig alle 4 Wochen und hielten circa 5 Tage an, wobei Pat. immer ziemlich viel Blut verlor. In ihrem 26. Jahre verheirathete sich Pat. und gebar bis jetzt 8 Kinder; sämmtliche Geburten waren normal. Pat. abortirte überdies zwei Mal; das erste Mal vor 6 Jahren, das zweite Mal im Herbst 1870. Die letzte Geburt fand im Herbst 1868 statt: seit dieser Zeit waren die Menses wie immer regelmässig, nur eben etwas profus. Acht Tage vor Pfingsten hatte Pat. ein Laxans zu sich genommen, in Folge dessen, wie sie angibt, heftige Krämpfe im Unterleib auftraten; um dieselben zu vertreiben, gebrauchte Pat. ein Dampfbad, dessen Folge eine heftige Blutung aus den Geschlechtstheilen war. Die Blutung, die nicht zur Zeit der Periode eintrat, hielt bis vor jetzt 5 Tagen an, wenn auch nicht mehr so profus wie anfänglich. Pat. konnte ihren

Geschäften nicht mehr nachgehen, desshalb trat Pat. in den Spital ein. Stuhl- oder Harnbeschwerden hatte Pat. nie.

Status präsens: Pat. ist von gutem Aussehen und gutem Körperbau. Die Schleimhäute etwas blass. Abdomen nicht aufgetrieben. Beim Touchiren zeigt sich der Muttermund tief stehend, die ganze Vaginalportion mehr gegen die Symphyse nach vorn gedrängt. Das rechte Scheidengewölbe ist leer. Links reicht bis ca. einen Cm. eine Geschwulstmasse an den Muttermund heran. Diese Geschwulst ist derb anzufühlen, unregelmässig gehöckert, es ist kein Knickungswinkel zu fühlen. Die Geschwulst hat nirgends eine weichere Stelle und ist auch nirgends schmerzhaft. Beweglich ist sie nicht. Von der Symphyse aus lässt sich ebenfalls eine Resistenz im Becken erkennen. Wegen der vollständigen Unverschieblichkeit lässt es sich aber nicht bestimmen, ob man denselben Tumor von innen und von aussen fühlt. Stuhl sehr retardirt. Subjectiv ganz wohl, kein Fieber, Puls ruhig, regelmässig, 64 pr. M. Die Uterinsonde dringt gerade in den Uterus ein, derselbe ist etwas verlängert. Kein Blut kommt bei der Untersuchung nach.

28. Juli. Gestern und heute hat Pat., unter Schmerzen, wieder etwas Blut verloren.

1. Aug. Nachdem der Blutfluss sistirt ist, werden der Pat. kalte Ueberschläge über den Leib und kalte Einspritzungen weiter gemacht.

7. Aug. Heute lässt sich beim Touchiren eine weichere Stelle heraus fühlen, die der Pat. sehr Schmerzen macht.

9. Aug. Diese Stelle hat sich noch vergrössert und fluctuirt nur. Allabendlich über 38,0.

11. Aug. Seit zwei Tagen ist kein Fieber mehr da, die Schmerzen sind seither wieder etwas grösser und die weiche Stelle eher etwas kleiner geworden.

14. Aug. Bis jetzt hat sich kein Fieber mehr gezeigt. Schmerzen hat Pat. keine und auch die Untersuchung ist nicht mehr schmerzhaft. Beim Touchiren fühlt man neben oder hinter dem Muttermund eine grübchenartige eingezogene Stelle unmittelbar vor der jetzt grösseren weichen Stelle. Die in Situ vorgenommene Untersuchung mit dem Mayer- und Sim'schen Speculum gab keinen Aufschluss. Weder in dem Urin noch in den Bädern will die Wärterin Spuren von Eiter entdeckt haben.

23. Aug. Die Resistenz im hintern Scheidengewölbe fast ganz verschwunden und von den früher erwähnten und eigen-

thümlichen Grübchen hinten am Muttermund nichts mehr aufzufinden.

25. Aug. Pat. wird als geheilt entlassen.

Fall XIII. *Hæmatocele retrouterina in Suppuration übergegangen. Perforation der Hæmatocele per vaginam et rectum. Heilung.*

Aufgenommen: den 7. Januar 1869. — Entlassen: den 13. Februar 1869.

Esther Kauf, ledig, 29 Jahre alt, Spetterin in Zürich, will in ihrer Jugend immer gesund gewesen sein. Seit dem 15. Jahre regelmässig menstruirt. Vor 7 Jahren gebar Pat. Die Menses traten nach dem Wochenbett wieder ordentlich auf. Vor 2 Jahren lag Pat. im Spital wegen Cholera, kurz nachher machte sie einen Typhus durch. Letzten Sonntag wurde Pat. ohne bestimmte Ursache von heftigen Schmerzen überfallen, die besonders heftig im Kreuz und im Hypogastrium waren und von da bis gegen die Brust und nach unten bis zu den Knieen ausstrahlten. Zu gleicher Zeit ging eine ziemlich grosse Menge von dunklem, meist geronnenem Blut ab. Die Schmerzen dauerten bis heute beständig an. Kein Appetit, viel Durst. Stuhl anfangs obstipirt.

Status: 10. Jan. Mässig genährtes, etwas chlorotisches Indiv. Abdomen weich, wenig aufgetrieben, nirgends schmerzhaft. Bei der innern Untersuchung fühlt man die Vaginalportion etwas nach abwärts gerichtet, stark angeschwollen und indurirt, schmerzhaft. Durch das vordere Scheidengewölbe ist eine Resistenz, wahrscheinlich der antivertirte Uterus, zu fühlen; durch das hintere Scheidengewölbe fühlt man ebenfalls eine etwas schmerzhafte Resistenz, die mit dem Uterus zusammen zu hängen scheint. Kein Blutabgang, keine Leukorrhoe.

13. Januar. Die schmerzhaften Symptome sind vollständig verschwunden. Subjektives Wohlbefinden.

16. Januar. Vorgestern klagte Pat. über starke Schmerzen im Rectum, welche jedoch nach einigen Stunden von selbst nachliessen.

20. Januar. Pat. hatte gestern Abend 38,5; per Vaginam rechts, seitlich und nach unten deutliche Resistenz; das hintere Scheidengewölbe bei Berührung sehr schmerzhaft. Klage über Schmerzen im rechten Oberschenkel, wo jedoch nichts nachzuweisen ist.

23. Januar. Pat. hatte gestern Abend ziemlich hohes Fieber 39,2. Starke Schmerzen in der rechten Inguinalgegend und im Rectum. Pat. muss kathetrisirt werden.

Vom 20.—22. hatte Pat. die Menses, welche nicht profus und nicht besonders schmerzhaft waren. Bei der Untersuchung per Rectum stösst der Finger gleich beim Eingang auf eine etwa apfelgrosse, ziemlich resistente, schmerzhafte Prominenz, die hinter dem Uterus liegt.

25. Januar. Temp. gestern Abend 39. Puls 104. Intermittirende stechende Schmerzen in der Vagina und der rechten Seite des Abdomens. Die Untersuchung per Vaginam ergibt, dass sich die Geschwulst resp. Eiter nach unten gesenkt, und das hintere Scheidengewölbe vorgedrängt hat.

26. Januar. In der Nacht trat eine spontane Berstung der Geschwulst ein sowohl in Vagina als Recto. Es entleerte sich eine im Ganzen geringe Menge von gut aussehendem, nicht riechendem Eiter; in der Vagina mit Spuren von Blut untermischt. Weder durch die Scheide noch durch den Mastdarm ist eine Oeffnung zu fühlen. Abends immer Fieber.

27. Januar. Die Oeffnungen scheinen sich wieder verlegt zu haben, indem kein Eiter mehr abging.

28. Januar. Starke stechende Schmerzen in der Vagina. Die Untersuchung per Vaginam ergibt: Resistenz auf der rechten Seite noch vorhanden. Auf derselben Seite eine resistente, schmerzhafte Stelle, welche mit der Geschwulst, die die ganze hintere Scheidenwand verdrängt, in Verbindung steht.

29. Januar. Gestern wurde Pat. in der Klinik vorgestellt. Die Diagnose wurde auf Hæmatocele intraperitonealis retrouterina gestellt, die in Eiterung übergegangen.

3. Februar. Keine Eiterentleerung. Der Eiter scheint sich resorbiren zu wollen.

4. Februar. Gestern wurde durch das hintere Scheidengewölbe eine Oeffnung in der Rückenlage gemacht, wobei alsbald Eiter herausfloss.

5. Februar. Die Oeffnung wird mit einer Kornzange dilatirt, es fliesst jetzt auch aus der vordern, zuerst gemachten Oeffnung etwas Eiter heraus. Spontan geht sehr wenig ab. Subj. Wohlbfinden, keine Schmerzen mehr.

8. Februar. Seit gestern geht schwarzes, geronnenes Blut mit Eiter gemischt ab. Die Untersuchung per Rectum ergibt

immer noch eine Infiltration der vordern Rectalwand, wo man früher die Hervorwölbung fühlte.

13. Februar. Die innere Untersuchung ergibt beinahe den normalen Status; noch ist geringe Infiltration vorhanden. Eiter geht seit zwei Tagen nicht mehr ab. Auf ihren speciellen Wunsch wird Pat. entlassen.

Fall XIV. *Hæmatocele retrouterina. Recidive. Heilung.*

Erster Spitalaufenthalt. Aufgenommen: den 13. Mai 1870. — Entlassen: den 15. Juni 1870. Zweiter Spitalaufenthalt. Aufgenommen: den 22. Juli 1870. — Entlassen: den 22. Aug. 1870.

Frau Barb. Meier, 31 Jahre alt, Wirthin in Bülach, war in ihrer Jugend immer gesund und ziemlich kräftig. Im 16. Jahre traten die Menses regelmässig auf. Im Jahre 1862 verheirathete sich Pat. und gebar drei Kinder. Alle drei Geburten verliefen normal. Nach dem letzten Wochenbett traten die Menses regelmässig, wie gewohnt, wieder auf. Im folgenden Jahre (1867) erkrankte Pat. an einer Unterleibsentzündung. Es traten heftige Schmerzen in der rechten Ileo-Cœcalgegend ein und es bildete sich daselbst eine geringe Geschwulst. Der Unterleib soll nicht aufgetrieben gewesen sein. Nach einigen Wochen verschwanden Fieber und Schmerzen, die Geschwulst dagegen blieb immer noch zu fühlen. Pat. konnte wieder ohne Beschwerden ihren Berufsgeschäften nachgehen. Im Jahre 1868 wiederholte sich dasselbe Krankheitsbild, bloss mit stärkerer Intensität. Das Abdomen war trommelförmig aufgetrieben, sehr schmerzhaft. In der rechtseitigen Inguinalgegend, wo die Schmerzen am heftigsten waren, zeigte sich wieder ein Tumor, der indess grösser war als bei der vorherigen Erkrankung. Obstipation alternirte mit Diarrhöen. Acht Wochen nach Beginn der Krankheit war Pat. ordentlich hergestellt, nur die Geschwulst hatte sich noch nicht verändert. Pat. suchte das Krankenasyl auf, woselbst sie fünf Wochen verblieb. Unter Application von Cataplasmen und Einreibungen verkleinerte sich der Tumor, und während des letzten Jahres war er nicht mehr wahrzunehmen. Bis zu ihrer gegenwärtigen Erkrankung war Pat. ganz gesund, Menses regelmässig, keine Beschwerden von Seite des Unterleibes. Vor 9 Wochen blieben die Menses aus; sie traten indess 4 Wochen später, 14 Tage vor jetziger Erkrankung, sehr profus auf und dauerten bis 8 Tage nach Beginn jetziger Erkrankung. Neben

fleischwasserähnlicher Flüssigkeit gingen viele geronnene schwarze Klumpen ab. Vor 3 Wochen, am 26. April, wurde Pat. mitten im besten Wohlbefinden von heftigen Schmerzen in der rechten Ileo-Inguinalgegend befallen, zu gleicher Zeit entwickelte sich an derselben Stelle eine kugelige Geschwulst, die stark prominirte und bis in die Höhe des Nabels reichte. Das Abdomen war wenig aufgetrieben. Am ersten Tage nahm der Tumor noch an Grösse zu, blieb dann eine Zeit lang gleich; in den letzten Tagen wurde er etwas kleiner, Schmerzhaftigkeit dauerte bis jetzt an, wenn auch nicht mit gleicher Intensität wie Anfangs. Beständige Hitze und viel Durst. Appetit schlecht. Stuhlgang ordentlich. Im Anfange der Erkrankung häufiger Harndrang und Harnbrennen, jetzt normale, schmerzlose Urinentleerung.

Status praesens. 14. Mai. Gracil gebautes Individuum, bedeutende Abmagerung, Wangen und Lippen blass. Unterleib fühlt sich weich an, mässig aufgetrieben. Oberhalb des vordern Beckenrandes, hauptsächlich über dem rechten Ligam. pouparti lässt sich eine feste, rundliche Geschwulst durchfühlen. Sie beginnt und prominirt am stärksten in der rechten Ileo-Cœcalgegend und setzt sich, schmaler werdend, bis gegen das linke Ligam. pouparti fort, wo sie weniger hart sich anfühlt. Rechts von der linea alba reicht sie bis zwei Finger unterhalb der horizontalen Nabellinie. Auf der rechten Seite ist der Tumor schon bei leiser Betastung schmerzhaft, links weniger.

Innere Untersuchung: Die Scheide fühlt sich heiss an. Portio vaginalis nach unten gedrängt und der hintern Seite der Symphyse fest anliegend. Im hintern Scheidengewölbe bietet sich ein Tumor dar, der die hintere Scheidenwand in der Grösse eines Hühnereies nach vorn drängt und bis in's rechte Scheidengewölbe aufsteigt. Linkes Scheidengewölbe scheint mit indurirtem Gewebe umgeben zu sein. Die Consistenz des Tumors ist im Ganzen fest; an der am meisten vorragenden Stelle fühlt er sich weicher, fast teigig an. Bei der innern und äussern Untersuchung lässt sich die Geschwulst als zusammenhängendes Ganzes mit dem Uterus wenig bewegen. Temp. 38.

Subjektives Befinden ordentlich. Pat. verspürt bei Bewegungen Schmerzen im Unterleib.

16. Mai. Pat. hatte gestern etwas Blutabgang. Schmerzen traten immer noch spontan auf, doch weniger als früher.

19. Mai. Der Tumor hat sich noch nicht verkleinert.

23. Mai. Schmerz im Abdomen, nur bei Druck bedeutend.

Die äussere Untersuchung lässt immer noch dieselbe Grenze des Tumors wie von Anfang an erkennen. Die innere Untersuchung constatirt eine Grössenabnahme der Geschwulst. Portio Vagin. ist nicht mehr so stark an die Symphyse angedrängt; der in die Scheide von hinten herabhängende Sack fühlt sich noch hart an, hat aber entschieden an Umfang abgenommen. Es geht eine unbedeutende Menge braunen Blutes ab; ob es aus der Geschwulst stammt, lässt sich nicht feststellen.

25. Mai. Heute geht wieder etwas Blut ab von theerähnlicher Farbe. Der Tumor verkleinert sich zusehends.

29. Mai. Die innere Untersuchung zeigt, dass die blutige Flüssigkeit, mit Schleim gemischt, aus dem Cervix uteri hervor quillt.

2. Juni. Der Uterus ist nicht mehr so stark gegen die Symphyse gedrängt. Der Tumor durch das hintere Scheidengewölbe noch zu fühlen. Kein Blutabgang mehr.

7. Juni. Das Exsudat wird beständig kleiner.

15. Juni. Keine Schmerzen mehr; das Exsudat ist aussen nicht mehr zu fühlen. Innere Untersuchung ergibt nur im linken Scheidengewölbe noch eine unbedeutende Resistenz. Somit ist nichts mehr nachzuweisen. Pat. wird entlassen.

Zweiter Spitalaufenthalt. 22. Juli. Pat. tritt wieder in's Spital. In den ersten Wochen nach dem Austritt war sie ganz wohl gewesen. Vor 14 Tagen traten die Menses ein, und dauerten bis heute an. Von Anfang an heftige Schmerzen im Abdomen, so dass Pat. sich zu Bett legen musste. Zugleich trat Harnbrennen auf und Beschwerden beim Stuhlgang.

Status praesens. Pat. sieht etwas blass und angegriffen aus. Temp. und Puls normal. Abdomen weich, wenig aufgetrieben. Palpation ist nur im Hypogastrium schmerzhaft, doch nicht bedeutend. Selbst bei tiefem Druck lässt sich nichts durchfühlen.

Innere Untersuchung. Vorderes Scheidengewölbe leer. Uterus gegen die Symphyse gedrängt, Vaginalport. fest in der Mittellinie. Im hintern Scheidengewölbe ein fester Tumor, der die Scheidenwand weit vorstülpt, und dessen Begränzung eine ziemlich diffuse ist. Geringe Schmerzhaftigkeit.

Es ist also von den Residuen der Hæmatocele aus eine neue Entzündung im Douglas'schen Raume ausgegangen, mit Bildung eines Exsudats.

25. Juli. Das Exsudat besteht noch in gleicher Weise. Stuhl immer obstipirt. Schmerzen gering.

2. August. Kein Fieber. Subjektives Befinden ordentlich.

3. Aug. Das Exsudat hat sich etwas verkleinert und ist durchaus nicht mehr schmerzhaft. Befinden gut.

16. Aug. Das Exsudat hat sich wesentlich verkleinert, ist nur noch wenig in die Vagina prominirend, durchaus keine Schmerzen mehr. Pat. fühlt sich subjektiv wohl.

22. Aug. Das Exsudat ist beinahe ganz verschwunden, man fühlt im hintern Fornix nur noch eine diffuse Infiltration des subserösen Bindegewebes. Kein Ausfluss. Keine Schmerzen mehr. Pat. fühlt sich sehr wohl.